Georgios Coussios / Wolfgang Imo / Lisa Korte

Sprechen mit Krebspatienten

Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung

Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG) Band 7

Verlag für Gesprächsforschung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2019
http://www.verlag-gespraechsforschung.de
ISBN 978 - 3 - 936656 - 76 - 3

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2019

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

Inhalt

1 Einleitung ... 8

1.1 Zielgruppen ... 9

1.2 Zielsetzung des Handbuchs ... 9

1.3 Einbettung der Aufklärungsgespräche in den institutionellen Untersuchungs- und Kommunikationsverlauf ... 10

1.4 Allgemeine Handlungsstruktur onkologischer Aufklärungsgespräche ... 11

1.5 Kurzeinführung in das Lesen von Transkripten nach GAT 2 ... 17

1.6 Aufbau des Handbuchs ... 23

1.7 Anwendungsoptionen ... 30

2 Einheit 1: Diagnose- und Krankheitserläuterung ... 33

2.1 Einstiegsfragen ... 33

2.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit ... 33

2.3 Modul 1: Fachsprache und Krankheitsverständnis ... 36

2.3.1 Transkript ... 37

2.3.2 Analyse ... 39

2.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 42

2.4 Modul 2: Bewertung und Einstufung der Krankheit ... 44

2.4.1 Transkript ... 45

2.4.2 Analyse ... 45

2.4.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 46

2.5 Modul 3: Skalierungen und Graduierungen von Krebserkrankungen ... 48

2.5.1 Transkript ... 49

2.5.2 Analyse ... 50

2.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 51

2.6 Modul 4: (Unsicheres) Wissen einbringen, bearbeiten und aushandeln ... 53

2.6.1 Transkript ... 54

2.6.2 Analyse ... 56

2.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen: ... 59

2.7 Modul 5: Wissensaushandlung bei mehrdeutigen Begrifflichkeiten: Ein Vergleich ... 62

2.7.1 Transkript A ... 64

2.7.2 Analyse A ... 66

2.7.3 Transkript B ... 69

2.7.4 Analyse B ... 70

2.7.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen: ... 71

2.8 Abschlussreflexion ... 72

3 Einheit 2: Therapieerläuterung und -entscheidung ... 73
3.1 Einstiegsfragen ... 73
3.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit ... 73
3.3 Modul 1: Fachterminologie und Wirkungsbereich der Therapie ... 77
3.3.1 Transkript ... 78
3.3.2 Analyse ... 79
3.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 82
3.4 Modul 2: Nebenwirkungen der Therapie ... 85
3.4.1 Schwerpunkt I: Fehlerhafte Patientenannahmen ... 85
3.4.2 Transkript ... 87
3.4.3 Analyse ... 89
3.4.4 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 92
3.4.5 Schwerpunkt II: Abstimmung divergierender Relevanzsysteme ... 95
3.4.6 Transkript ... 96
3.4.7 Analyse ... 97
3.4.8 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 100
3.5 Modul 3: Krankheitsform und Begründung der Therapieempfehlung ... 103
3.5.1 Transkript ... 105
3.5.2 Analyse ... 107
3.6 Modul 3: Vergleichsbeispiel ... 112
3.6.1 Transkript ... 113
3.6.2 Analyse ... 115
3.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 117
3.7 Modul 4: Heilungschancen und Entscheidungsfindung: Ein Vergleich ... 121
3.7.1 Transkript A ... 122
3.7.2 Analyse A ... 123
3.7.3 Transkript B ... 126
3.7.4 Analyse B ... 128
3.7.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 130
3.8 Abschlussreflexion ... 134

4 Einheit 3: Umgang mit Patientenanliegen ... 135
4.1 Einstiegsfragen ... 135
4.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit ... 135
4.3 Modul 1: Ursachen und Entstehungszeitpunkt der Krankheit ... 142
4.3.1 Transkript ... 143
4.3.2 Analyse ... 145
4.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 149

4.4 Modul 2: Klärung von Verantwortung für vergangene Fehlabstimmungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen: Ein Vergleich 152
4.4.1 Transkript A 154
4.4.2 Analyse A 156
4.4.3 Transkript B 160
4.4.4 Analyse B 162
4.4.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen: 165
4.5 Modul 3: Vorsorgeuntersuchungen: Ein Vergleich 169
4.5.1 Transkript A 171
4.5.2 Analyse A 172
4.5.3 Transkript B 175
4.5.4 Analyse B 176
4.5.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsvorschläge 177
4.6 Modul 4: Umgang mit organisatorischen Fragen: Ein Vergleich 179
4.6.1 Transkript A 181
4.6.2 Analyse A 182
4.6.3 Transkript B 183
4.6.4 Analyse B 183
4.6.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen: 184
4.7 Abschlussreflexion 185

5 Einheit 4: Vertrauen, Misstrauen und ‚zweite Meinung' 186
5.1 Einstiegsfragen 186
5.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit 186
5.3 Modul 1: Die ‚zweite Meinung' als heikles Thema 188
5.3.1 Transkript 189
5.3.2 Analyse 189
5.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen 191
5.4 Modul 2: Thematisierung der zweiten Meinung durch ÄrztInnen: Ein Vergleich 192
5.4.1 Transkript A 193
5.4.2 Transkript B 193
5.4.3 Analyse A 195
5.4.4 Analyse B 195
5.4.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen 197
5.5 Modul 3: Das Internet als (problematische) Informationsquelle 198
5.5.1 Transkript 199
5.5.2 Analyse 199
5.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen 200
5.6 Modul 4: Schulmedizin und alternative Methoden 201

5.6.1 Transkript ... 202
5.6.2 Analyse ... 204
5.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 205
5.7 Modul 5: Therapieerfolg – Eine Gleichung mit Unbekannten ... 207
5.7.1 Transkript ... 208
5.7.2 Analyse ... 210
5.7.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 211
5.8 Abschlussreflexion ... 212

6 Einheit 5: Trösten ... 213
6.1 Einstiegsfragen ... 213
6.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit ... 213
6.3 Modul 1: Angst vor Nebenwirkungen ... 216
6.3.1 Transkript ... 217
6.3.2 Analyse ... 218
6.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 219
6.4 Modul 2: PatientInnen zeigen Trostbedarf an ... 221
6.4.1 Transkript ... 222
6.4.2 Analyse ... 223
6.4.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 224
6.5 Modul 3: Die Rolle von Erzählungen bei der Verarbeitung von Emotionen ... 226
6.5.1 Transkript ... 227
6.5.2 Analyse ... 228
6.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 229
6.6 Modul 4: ‚Das Gute im Schlechten' – Trost spenden bei der Diagnosemitteilung ... 230
6.6.1 Transkript ... 231
6.6.2 Analyse ... 232
6.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 233
6.7 Modul 5: „Warum ich?" ... 235
6.7.1 Transkript ... 236
6.7.2 Analyse ... 237
6.7.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 238
6.8 Modul 6: ‚Trostprofis' ... 239
6.8.1 Transkript ... 240
6.8.2 Analyse ... 241
6.8.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen ... 241
6.9 Abschlussreflexion ... 242

7 Literatur ... 243

8 Anhang I: GAT 2 245

9 Anhang II: Beispieltranskripte 246

9.1 BG01 – Adenokarzinom 246

9.2 BG02 – Non-Hodgkin-Lymphom 260

9.3 BG03 – invasiv duktales Mammakarcinom 271

10 Anhang III: Bibliographie 279

10.1 Angewandte Gesprächsforschung und Kommunikationstrainings allgemein 279

10.2 Trainings und Leitfäden für die medizinische Kommunikation 282

10.3 Analysen zu unterschiedlichen Aspekten der Arzt-Patienten-Kommunikation 283

10.4 Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge in der Medizin: 288

10.4.1 Patienten- und dialogzentrierte Medizin, mündige PatientInnen und partizipative Entscheidungsfindung 288

10.4.2 Gesprächsanalytische Arbeiten zur Diagnosemitteilung 289

10.4.3 Leitfäden zur Diagnosemitteilung 291

10.4.4 Gesprächsanalytische Arbeiten zur Therapieplanung 291

10.5 Trösten, Emotionalität, Empathie und Vertrauen 293

10.5.1 Gesprächsanalytische Arbeiten 293

10.5.2 Nicht gesprächsanalytisch fundierte Arbeiten 293

10.6 Arbeiten zu Patientenanliegen 294

10.7 Arbeiten zur Palliativmedizin 294

10.8 Pflegekommunikation 295

10.8.1 Analysen zur Pflegekommunikation 295

10.8.2 Kommunikationstrainings für die Pflegekommunikation 296

1 Einleitung

Das vorliegende Trainingshandbuch ist im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projekts V*on der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (Projektnummer: 111172) entstanden, einer Kooperation zwischen dem Städtischen Klinikum Karlsruhe (Prof. Dr. Thomas Rüdiger; Prof. Dr. Martin Bentz) und Prof. Dr. Wolfgang Imo (Universität Hamburg, Germanistische Linguistik)[1] (für eine ausführliche Vorstellung der Projektinhalte vgl. Bentz et al. 2016 und die Projekthomepage)[2]. Die Entwicklung der Trainingseinheiten stützte sich auf die Methodik der Angewandten Gesprächsforschung (vgl. z.B. Fiehler 2001). Dementsprechend steht die Arbeit mit Transkripten (= Verschriftlichungen) *authentischer Gespräche* im Zentrum. Als Datengrundlage dienten 56 Audioaufnahmen onkologischer Aufklärungsgespräche, die im Zeitraum von Oktober 2014 - März 2015 am Städtischen Klinikum Karlsruhe in unterschiedlichen Instituten aufgezeichnet wurden. Die Auswahl der hier bereitgestellten Transkriptausschnitte basiert auf der Analyse des Gesamtkorpus und ist an zentralen interaktionalen Phänomenen und Gesprächsinhalten orientiert, die diese zutage gefördert hat. Da die zugrundeliegenden Audiodateien aus Datenschutzgründen nicht veröffentlicht werden dürfen, kann ausschließlich mit den Transkripten gearbeitet werden.

Zum Einstieg werden im Folgenden die wichtigsten Informationen rund um die Gestaltung und Anwendung des Handbuches dargestellt, bevor die Trainingseinheiten präsentiert werden. Zunächst werden Zielgruppen (1.1) und Zielsetzung (1.2) des Handbuchs vorgestellt. Im Anschluss erfolgt eine kurze Beschreibung des untersuchten Gesprächstyps *onkologisches Aufklärungsgespräch.* Dabei wird sowohl die Einbettung der Gespräche in den institutionellen Kommunikations- und Untersuchungsverlauf beschrieben (1.3) als auch die allgemeine Handlungsstruktur der Gespräche aufgeführt (1.4). Im Weiteren wird dann eine Einführung in das Lesen von Transkripten nach GAT 2 (Selting et al. 2009) geboten (1.5). In Abschnitt 1.6 erfolgt eine Erläuterung der Struktur des Handbuchs sowie des Aufbaus der einzelnen Trainingseinheiten. Abschließend werden unterschiedliche Optionen der praktischen Umsetzung des Trainings bzw. des eigenständigen Arbeitens mit dem Handbuch vorgeschlagen (1.7).

---

[1] Wir bedanken uns herzlich bei allen PatientInnen und ÄrztInnen, die sich bereit erklärt haben, an dem Projekt teilzunehmen. Unser Dank gilt darüber hinaus Nathalie Bauer und Melissa Müller für ihre hilfreichen Anmerkungen zu einer früheren Version des Handbuchs. Ebenso bedanken wir uns bei Tim Peters, André Posenau und Martin Hartung für Ihre Kommentare und ganz besonders bei Letzterem für die großartige graphische Umsetzung!

[2] http://krebshilfe.sprache-interaktion.de

1.1 Zielgruppen

Das vorliegende Trainingshandbuch richtet sich primär an zwei Zielgruppen: Zum einen kann es in der Lehre Anwendung finden und gesprächsanalytisch ausgebildeten KommunikationstrainerInnen und DozentInnen als Basis für die Durchführung von Fortbildungsprogrammen im Bereich der medizinischen Kommunikation (und speziell für das Fachgebiet der Onkologie) bzw. von Kommunikationsseminaren im Rahmen der Ausbildung von MedizinstudentInnen dienen. Zum anderen ist es als Ressource für das Selbststudium gedacht und kann entsprechend sowohl von bereits praktizierenden KlinikärztInnen, die in ihrem Berufsalltag regelmäßig mit KrebspatientInnen in Kontakt stehen, als auch von MedizinstudentInnen und FamulantInnen genutzt werden, um ihre Kommunikationspraxis zu verbessern bzw. sich auf die Interaktion mit (Krebs-)PatientInnen vorzubereiten.

1.2 Zielsetzung des Handbuchs

Das Handbuch verfolgt den Zweck, die berufliche Kommunikation zu verbessern, indem eine Balance zwischen den institutionellen Anforderungen, die eine Klinik stellt, und den Erwartungen und Bedürfnissen von PatientInnen erreicht wird. Dies betrifft besonders Art und Umfang der bereitzustellenden Informationen und die Vorgehensweise bei deren Vermittlung sowie die Bearbeitung von Emotionen bzw. allgemeiner Aspekte der Beziehungsgestaltung. Dabei steht die systematische Schulung folgender kommunikativer Kompetenzen im Vordergrund:

1. Kommunikationsbezogene Selbstreflexion

Durch die Arbeit mit dem Handbuch soll ein Rahmen zur Reflexion des eigenen kommunikativen Verhaltens geschaffen werden. Professionelle Kommunikationspraxis wird hinterfragt und es wird auf eine bewusste Auseinandersetzung mit der Patientenperspektive abgezielt.

2. Sensibilisierung für interaktionale Handlungsanforderungen

Anhand der Analyse ausgewählter Gesprächspassagen soll eine Sensibilisierung für immer wiederkehrende interaktionale Herausforderungen und kommunikative Komplikationen gefördert werden. Durch die Konfrontation mit authentischen Fallbeispielen und ihren kommunikativen Feinheiten wird die eigenständige Identifizierung optimierungsbedürftiger Interaktionsaspekte geschult.

3. Entwicklung von Handlungsempfehlungen

Aufbauend auf der Transkriptanalyse soll an der Fähigkeit gearbeitet werden, eigenständig situationssensitive Handlungsvorschläge und Problemlösungsstrategien zu erarbeiten. Das vorliegende Handbuch gibt TrainerInnen, TrainingsteilnehmerInnen und im Selbststudium Lernenden ein reiches Inventar an Handlungsalternativen und -empfehlungen an die Hand.

1.3 Einbettung der Aufklärungsgespräche in den institutionellen Untersuchungs- und Kommunikationsverlauf

Den Aufklärungsgesprächen, die Gegenstand des vorliegenden Trainings sind, geht eine Reihe von Untersuchungen der betroffenen PatientInnen sowohl bei Haus- und/oder FachärztInnen als auch in der Klinik voraus, wodurch sie sich bezüglich der im Raum stehenden Erkrankung bereits mit unterschiedlichen ÄrztInnen austauschen konnten und Zeit hatten, sich durch andere Quellen zu informieren. Der Untersuchungsverlauf und der entsprechende Informationsfluss werden in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt.

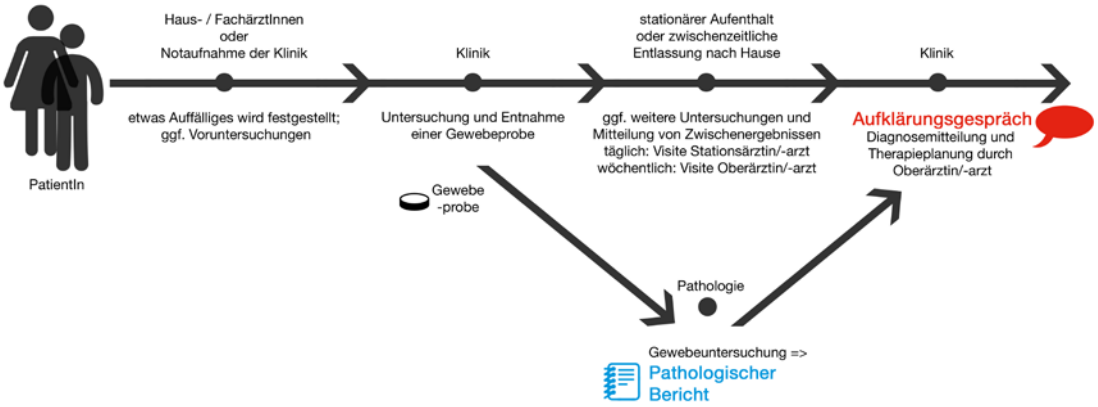

Abbildung 1: Untersuchungs- und Kommunikationsverlauf

Bei Ankunft der PatientInnen im Klinikum liegt in der Regel eine Überweisung durch Haus- bzw. FachärztInnen vor, weil bei den PatientInnen Auffälligkeiten festgestellt wurden; unter Umständen stehen bereits erste Untersuchungsergebnisse fest (z.B. aus einer Mammographie). Zuweilen kommt es auch vor, dass PatientInnen direkt in die Notaufnahme kommen. In der Klinik werden je nach Bedarf weitere Untersuchungen durchgeführt, wobei es zu klinikinternen Überweisungen kommen kann. In jedem Fall wird eine Gewebeprobe entnommen, welche in die Pathologie geschickt wird. Während die Proben in der Pathologie untersucht werden, gibt es für die PatientInnen zwei Möglichkeiten:

a) Sie werden stationär aufgenommen und es erfolgen gegebenenfalls Zusatzuntersuchungen. Einmal täglich kommen die StationsärztInnen und einmal wöchentlich die OberärztInnen zur Visite. Durch sie erhalten PatientInnen Informationen über Vermutungen bezüglich einer Erkrankung sowie Zwischenergebnisse der durchgeführten Untersuchungen.

b) Sie können zwischenzeitlich nach Hause gehen und kommen erst zum Aufklärungsgespräch wieder in die Klinik.

Das Aufklärungsgespräch erfolgt üblicherweise erst dann, wenn der endgültige pathologische Befund eingegangen ist. Es ist jedoch auch möglich, dass PatientInnen vor Abschluss der histologischen Untersuchungen über Zwischenergebnisse informiert werden, weil z.B. das vollständige Ergebnis zum vereinbarten Gesprächstermin noch nicht vorliegt. Das Gespräch findet in der Klinik auf der Station, in der Ambulanz oder im Büro der aufklärenden ÄrztInnen statt (in der Regel wird das Gespräch von nur einem Arzt bzw. nur einer Ärztin geführt). Fälle von TumorpatientInnen werden in einem ‚Tumorboard' vorgestellt, in dem sie von MedizinerInnen verschiedener Fachrichtungen diskutiert werden. Daraus resultiert dann ein interdisziplinär erarbeiteter Vorschlag zur weiteren Diagnostik und Therapie. Je nachdem, wann das Tumorboard stattfindet, besteht die Möglichkeit, dass die endgültige Therapieempfehlung erst nach dem Aufklärungsgespräch festgelegt wird, sodass die angekündigten Behandlungsschritte entweder bestätigt oder modifiziert werden. Vor Beginn einer konkreten Behandlung (OP, Chemotherapie, Bestrahlung etc.) finden jeweils weitere Aufklärungsgespräche zu der speziellen Therapieform statt.

1.4 Allgemeine Handlungsstruktur onkologischer Aufklärungsgespräche

Die vorliegenden onkologischen Aufklärungsgespräche stellen (meist) den Endpunkt eines längeren Untersuchungsprozesses dar, dessen Ziel es ist, den Verdacht auf eine Krebserkrankung bei den PatientInnen entweder zu bestätigen oder zu widerlegen. Der institutionelle Zweck besteht also primär darin, den PatientInnen die Untersuchungsergebnisse und entsprechend auch die Diagnose mitzuteilen. Gleichzeitig geht es auch darum, sie im Falle der Erkrankung über die medizinisch vorgesehenen bzw. zu empfehlenden Therapiemaßnahmen – soweit diese bereits feststehen – aufzuklären und erste Termine zur Einleitung der Behandlung auszumachen. Insofern ist das Gespräch auch als Ausgangspunkt zu betrachten, der den Therapieprozess einläutet. Bei den Gesprächen sind neben ÄrztInnen und PatientInnen meistens auch Angehörige der PatientInnen anwesend

(LebensgefährtInnen, Geschwister, Kinder, FreundInnen), zudem ggf. auch StationsärztInnen, StudentInnen im praktischen Jahr oder FamulantInnen, welche sich jedoch in der Regel nicht aktiv am Gespräch beteiligen. Obgleich der konkrete Gesprächsverlauf von Fall zu Fall variiert, lassen sich aus der vergleichenden Betrachtung der vorliegenden Gesprächsaufnahmen erwartungsgemäß eine Reihe wiederkehrender Handlungskomponenten bzw. thematischer Schwerpunkte beschreiben. Die zentralen interaktionalen Aufgaben umfassen das *Informieren* und *Erklären*, welche in Form längerer Redebeiträge der ÄrztInnen mit zwischengeschalteten, durch PatientInnen und Angehörige initiierten Frage-Antwort-Phasen realisiert werden. Zudem bilden die therapiebezogene *Entscheidungsfindung* sowie die *Terminplanung* einen wesentlichen Bestandteil der Interaktion.

Die Gespräche beginnen mit der *Begrüßung* und ggf. *Vorstellung des Arztes/der Ärztin*. In Fällen, in denen sich bestimmte Krankheitssymptome besonders deutlich gezeigt haben, erkundigen sich die ÄrztInnen nach dem Befinden der PatientInnen; oft wird zu Beginn die Wunde kontrolliert, die durch die Entnahme der Gewebsprobe entstanden ist, beispielsweise nach einer Mammographie. Auch kürzere Small-Talk-Sequenzen kommen an dieser Stelle vor (s.u.). Daran schließt eine *Gesprächssituierung* in Form einer *Rekapitulation* des Untersuchungsverlaufs und der bisherigen Kommunikation zwischen PatientIn und ÄrztInnen durch den Arzt/die Ärztin an. Diese kann minimal ausfallen und lediglich eine einzelne Äußerung umfassen (etwa *Wir haben Sie ja gestanzt…*), es kann aber auch zu einer längeren Darstellung kommen, in der die einzelnen Schritte recht genau aufgeführt werden. Zur Situationsrahmung wird ggf. auch der Informationsstand von Arzt/Ärztin und PatientIn/Angehörigen hinsichtlich der bisherigen Untersuchungsergebnisse abgeglichen oder es wird der Grund für das Treffen expliziert.

Der Gesprächskern kann sich aus verschiedenen, unterschiedlich komplexen ‚Gesprächsbausteinen' zusammensetzen:

1. Diagnosemitteilung

Diese kann entweder (zunächst) eine eher unspezifische Form annehmen (z.B. *Es ist was Böses.*) oder es kann unmittelbar eine fachterminologische Bezeichnung verwendet werden (z.B. *Herausgefunden hat man bei Ihnen ein sogenanntes follikuläres Lymphom.*), welche dann im Weiteren eine mehr oder minder umfangreiche Erläuterung erfährt. Regelmäßig wird auch die Erwartbarkeit des Ergebnisses hervorgehoben (sowohl von ÄrztInnen als auch von PatientInnen), wodurch das Überraschungsmoment und somit der Schock der Krebsdiagnose abgemildert werden können.

2. Diagnoseeinstufung

Der Arzt/die Ärztin stuft die Erkrankung hinsichtlich ihres Schweregrads ein. Typisch für die Gespräche ist, dass im direkten Anschluss an die Diagnoseübermittlung Abschwächungsversuche unternommen werden, indem – sofern die Faktenlage dies zulässt – die Erkrankung als günstig und/oder die Behandelbarkeit als gut bewertet werden. Grundsätzlich sind die ÄrztInnen hier bemüht, die positiven Aspekte der Situation hervorzuheben (vgl. Günthner 2017 für eine genauere Analyse).

3. Diagnose- bzw. Krankheitserläuterung

Hierzu zählen sowohl Erläuterungen der ÄrztInnen bzgl. der fachterminologischen Benennung der Krankheit als auch Beschreibungen und Erklärungen ihrer Charakteristik. Neben Aspekten wie z.B. der Symptomatik, der Graduierung, des potenziellen Vorhandenseins von Metastasen, der Lokalisation der Krebszellen sowie der Größe des Tumors werden ggf. auch die Werte spezifischer Tumoreigenschaften wie etwa des *Ki-67* oder des *Her2neu-Rezeptors* bei Brustkrebs aufgeführt.

4. Therapieempfehlung

Die medizinisch zu empfehlenden Behandlungsmaßnahmen werden den PatientInnen präsentiert. Zuweilen wird die Notwendigkeit für bestimmte Therapieformen (besonders Chemotherapie) in diesem Zusammenhang explizit ausgeschlossen. Auch Fragen zu möglichen Begleittherapien werden eventuell geklärt. Anzumerken ist hier, dass der aufgeführte Therapieverlauf in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht als der unter mehreren Möglichkeiten zu bevorzugende dargestellt wird, sondern als *der* vorgesehene Behandlungsweg.[3]

5. Therapieerläuterung

Hierunter wird die Bearbeitung diverser Themenschwerpunkte gefasst: Zum einen werden allgemeine Informationen zu Therapieformen geliefert bzw. eingefordert, so etwa zum Wirkungsbereich, zur Verträglichkeit und zu möglichen Nebenwirkungen sowie zur Verabreichungsweise. Zum anderen werden der konkrete Behandlungsablauf skizziert (Taktung der Therapie, Reihenfolge verschiedener Behandlungsschritte etc.) und organisatorische Angelegenheiten geklärt (z.B.

---

[3] Es wurde hier dennoch die Bezeichnung Therapie*empfehlung* gewählt, um zu kennzeichnen, dass es trotz allem letztendlich an den PatientInnen liegt zu entscheiden, ob die von medizinischer Seite nahegelegte Therapieform durchgeführt wird oder nicht. Dies äußert sich vor allem in den (wenn auch wenigen) Fällen, in denen die Empfehlung des Arztes nicht direkt angenommen wird.

Durchführungsort, Anfahrtmöglichkeiten und -kosten, notwendige Voruntersuchungen). Letztlich sind zu dieser Handlungskomponente auch Angaben zum Ziel der Therapie und den Heilungschancen[4] zu zählen.

6. Therapieentscheidung

Diese betrifft die Einigung von PatientInnen/Angehörigen und ÄrztInnen auf eine bestimmte Therapieform bzw. einen bestimmten therapeutischen Ablauf. Sie kann unterschiedliche Formen annehmen: So willigen PatientInnen häufig mit minimalen Ratifizierungssignalen (z.B. *okay, mhm*) in das Angebot der ÄrztInnen ein, oder sie bringen ihr Einverständnis mittels kurzer Bestätigungsformeln zum Ausdruck (z.B. *So machen wir's.*). Alternativ können einzelne Gesichtspunkte der vorgestellten Behandlung mehr oder weniger explizit hinterfragt werden, sodass es zu längeren Aushandlungssequenzen kommt; ggf. wird Bedenkzeit eingefordert bzw. durch die ÄrztInnen initiativ angeboten. Es findet kaum eine offene Ablehnung der vorgesehenen Behandlung statt. Fälle, in denen unterschiedliche therapeutische Möglichkeiten einander gegenübergestellt werden (*option listing*) und es eine davon auszuwählen gilt, sind ebenfalls selten.

7. Zeitliche Planung der Therapie

Sind sich die Beteiligten über die durchzuführenden Therapieschritte einig, wird ein Termin für den Behandlungsbeginn ausgemacht. In diesem Rahmen werden auch dadurch bedingte Planänderungen der PatientInnen (z.B. bzgl. eines Urlaubs) sowie ein möglicher Arbeitsausfall abgeklärt.

Zu beachten ist, dass es sich bei der Übersicht um eine analytische Trennung handelt: In der Praxis sind die einzelnen Schritte nicht immer eindeutig auseinanderzuhalten und bestimmte Äußerungen oder Äußerungssequenzen können mehrere Aufgaben gleichzeitig erfüllen. So tragen sowohl die Erläuterung bestimmter Tumoreigenschaften (3) als auch der explizite Ausschluss einer Chemotherapie (4) häufig zu einer Einstufung des Schweregrads der Erkrankung (2) bei. Ebenso ist das gemeinsame Treffen einer therapeutischen Entscheidung (6) unmittelbar an das Behandlungsangebot (4) gekoppelt, da Letzteres einen bedeutenden Teil des ärztlichen Beitrags zur Entscheidungsfindung darstellt und den Entscheidungsspielraum der PatientInnen wesentlich mitbestimmt. Dies wird in den Fällen besonders deutlich, in denen die PatientInnen auf die Empfehlungen der ÄrztInnen nur mit minimalen, akzeptierenden Äußerungsformaten reagieren und auch die Darstellung des Arztes/der Ärztin eine Notwendigkeit zum Ausdruck bringt, die

[4] Die Thematisierung der (Un-)Heilbarkeit bzw. der Lebenserwartung kann je nach Einbettung und Darstellung auch der Diagnose- und Krankheitserläuterung zugerechnet werden, wenn es etwa allgemein darum geht, inwieweit die Krankheit geheilt werden kann und nicht speziell darum, welche Heilungsaussichten eine bestimmte Behandlungsform mit sich bringt.

wenige bis keine Alternativen zulässt (z.B. *Dass das operiert gehört, ist klar…*). Auch kann die Therapieentscheidung parallel zur Schilderung des zeitlichen Ablaufs der geplanten Therapie erfolgen.

Mit Ausnahme der expliziten Einschätzung der Krankheitssituation (2) tauchen diese sieben Handlungskomponenten in allen Gesprächen auf. Allerdings ist die jeweilige Komplexität recht variabel. Besonders Diagnose- und Therapieerläuterung fallen von Gespräch zu Gespräch unterschiedlich detailliert aus. Auch die Reihenfolge der Handlungen ist bis auf die Diagnosemitteilung nicht konstant. Letztere erfolgt in allen Gesprächen (bis auf eines) unmittelbar im Anschluss an die Situationsrahmung. Inwieweit daran jedoch eine genauere Krankheitsbeschreibung anschließt oder unmittelbar zur Therapieempfehlung übergegangen wird, unterscheidet sich (fernab der Fallspezifik) je nach Art der Krebserkrankung und hängt des Weiteren von der vorgesehenen Behandlungsform sowie von individuellen und abteilungsspezifischen Interaktionsroutinen ab. Es lässt sich bspw. feststellen, dass im Falle von Brustkrebs in der Regel auf die Diagnosemitteilung und -einschätzung direkt eine Thematisierung der medizinisch vorgesehenen Therapiemaßnahmen folgt, während dieser besonders in Gesprächen mit PatientInnen, bei denen ein Lymphom oder eine Leukämie diagnostiziert wurde, längere Beschreibungs- und Erklärungssequenzen (bzgl. der Diagnose) vorausgehen. Die PatientInnen folgen hier überwiegend dem ärztlichen Handlungsplan und tragen auch mit ihrem Frageverhalten bzw. dessen Ausbleiben dazu bei, dass Brustkrebs im Gegensatz zu anderen Krebsarten, die allein von ihrer Benennung her unklar erscheinen, interaktional als weniger erläuterungsbedürftige Erkrankungsform behandelt wird. Nach der Empfehlung einer bestimmten Behandlung kann es aber durchaus noch dazu kommen, dass bestimmte Tumoreigenschaften aufgeführt werden, welche besonders im Falle einer im Raum stehenden Chemotherapie zu deren Rechtfertigung herangezogen werden.

Die Therapieterminierung kann sowohl vor als auch nach einer Therapieerläuterung erfolgen, häufig ist die Festlegung des ersten Behandlungstermins aber auch zwischen zwei Erklärungssequenzen angesiedelt, welche jeweils unterschiedliche Themenkomplexe abarbeiten. Schließlich kommt es vor, dass nochmals Fragen zu Aspekten der Diagnosecharakterisierung aufkommen, nachdem der zeitliche Ablauf der Therapie festgelegt wurde. Die einzelnen Gesprächskonstituenten können mehrmals an verschiedenen Stellen im Gespräch auftreten. Grundsätzlich kann jedoch festgehalten werden, dass besonders die ÄrztInnen darum bemüht sind, eine stringente Überführung von Aspekten der Krankheitsbeschreibung hin zu Aspekten der Therapieplanung und -erläuterung zu erreichen.

Während die oben präsentierten Handlungsaufgaben die institutionell vorgesehenen Zwecke des Gesprächs abdecken, finden sich eine Reihe weiterer wiederkehrender Komponenten, die in den Gesprächen auftauchen und relativ variabel nach der Diagnosemitteilung in den Handlungsverlauf eingeflochten werden.

Die folgende Kategorisierung ist nicht erschöpfend, deckt aber doch die wichtigsten Handlungssegmente und Themenbereiche ab, die in dem untersuchten Korpus ausgemacht werden konnten:

8. Klärung der Möglichkeit einer Zweitmeinung (hinsichtlich der Diagnose und/oder der Therapie; vgl. Trainingseinheit 4)

Diese Thematik kann von von der Patientenpartei oder aber von den ÄrztInnen selbst angesprochen werden. Sie kommt erst dann im Gespräch auf, wenn Diagnose und Therapieempfehlung bereits mitgeteilt wurden.

9. Ankündigung / Angebot weiterer (notwendiger) Untersuchungen

10. Berichten vom aktuellen Erleben / Befinden

PatientInnen berichten vor allem von ihrem aktuellen psychischen und/oder körperlichen Empfinden sowie den privaten Schwierigkeiten, die ihnen die gegenwärtige Krankheitssituation bereitet.

11. Erzählen von (vergangenen) persönlichen Erfahrungen

In erster Linie erzählen PatientInnen hier von ihrer Leidensgeschichte mit vorherigen Erkrankungen, aber auch ÄrztInnen lassen ggf. Persönliches in die Interaktion einfließen, um den PatientInnen Mut zu machen, Vertrauen aufzubauen oder sie zu trösten.

12. Ratschläge und Erläuterungen zum alltagspraktischen Umgang mit der Krankheit

Die unter diesem Aspekt zusammengefassten Themenbereiche werden primär von PatientInnen initiiert und umfassen ein breites Spektrum an Anliegen, die die Bewältigung diverser durch die Krankheitssituation entstandene Herausforderungen betreffen, z.B. die körperliche Belastbarkeit der PatientInnen und die Möglichkeit, auch mit der Krankheit zu arbeiten/Hausarbeit zu verrichten, die Beeinflussung der Krankheit durch Sport und Ernährung oder auch die Vermittlung der schweren Diagnose an die Kinder bzw. andere Personen aus dem Bekanntenkreis.

13. Small Talk

Dieser kann sowohl vor der Gesprächssituierung platziert sein (s.o.) als auch abschließend zur Gesprächsbeendigung führen.

14. Bearbeitung negativer Patientenerfahrungen mit institutionellen Untersuchungs- und Kommunikationsabläufen

Zusätzlich ist der Umgang mit der emotionalen Belastung der PatientInnen eine omnipräsente Interaktionsaufgabe, d.h. das Erfordernis, sich auch auf emotionaler Ebene mit dem PatientInnen auseinanderzusetzen, kann im Kontext fast aller aufgeführten Handlungskomponenten zu Tage treten. Das gleiche gilt für die Beziehungsarbeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Zur Gesprächsbeendigung wird üblicherweise vor der endgültigen Verabschiedung das besprochene Vorgehen nochmals (wechselseitig) bestätigt und/oder die ÄrztInnen sprechen den PatientInnen noch einmal Mut zu (etwa *Jetzt kümmern wir uns um Sie…*). In Anhang II finden sich Beispieltranskripte von vier vollständigen Gesprächsaufnahmen. Diese sollen es dem Leser ermöglichen, sich bei Bedarf einen allgemeinen Eindruck vom Gesamtgesprächsverlauf zu verschaffen.

1.5 Kurzeinführung in das Lesen von Transkripten nach GAT 2

Die in diesem Handbuch verwendeten Transkripte wurden nach den Konventionen des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems 2 (GAT 2; Selting et al. 2009, s. Anhang I) transkribiert. Das bedeutet, dass die aufgenommenen Aufklärungsgespräche nach bestimmten Regeln in einen schriftlichen Text übertragen wurden. Ein Transkript ermöglicht es den LeserInnen, auch ohne das Hören der Audiodatei einen umfassenden Eindruck von den – im Hinblick auf das Handeln der GesprächsteilnehmerInnen – relevanten akustischen Informationen zu erhalten. Dazu gehören neben dem bloßen Wortlaut auch weitere Aspekte des kommunikativen Signals wie etwa Akzente, Pausen, Tonhöhe sowie Ein- und Ausatmen, Lachen und Weinen. All diese Merkmale können ausschlaggebend für den Gesprächsverlauf sein und sind somit wichtig für eine Rekonstruktion und Analyse des interaktionalen Geschehens aus der Teilnehmerperspektive.

Anhand des folgenden Transkriptausschnitts werden diese Konventionen beispielhaft vorgestellt. Das Transkript 1 stammt aus einem onkologischen Aufklärungsgespräch, in dem der Arzt[5] (A) der Patientin (P) die Diagnose Brustkrebs mitteilt:

Transkript Nr. 1

```
005  A:  °h und-
006      ähm:-
007      (-) ja-
008      (-) des IS-
009      (.) ein kleiner bÖsartiger TUmor.
```

[5] Zum Vorgehen bei der Anonymisierung der SprecherInnen vgl. Abschnitt 1.6.

```
010      (-)
011  P:  ein kleiner BÖSartiger.=
012      =des HEIßT?
013  A:  er IST-
014      gottseidank nicht so ARG bösartig.
015  P:  ((lacht)) hm_HM-
016  A:  also es ist brUstKREBS. (-)
017      ja?
018      das SCHON-
019      °hh a:ber DIE: ähm-
020      EIgenschaften die er hat-
021      die SIND-
022      (--) sie:-
023      dEUten darauf HIN dass es nicht ein-
024      (-) SEHR aggressiver tUmor ist;
025      °h sondern Eher einer DER-
026      (--) GANZ langsam wächst;
027  P:  [hm oKAY,]
028  A:  [ja?     ]
```

Grundsätzlich erfolgt beim Transkribieren die Schreibung aller Wörter zunächst in Kleinschreibung und nicht gemäß der deutschen Rechtschreibung. Dadurch ist es möglich, mithilfe von Großschreibung Akzente innerhalb der Wörter zu markieren (dabei wird immer zumindest der Fokusakzent, d.h. der Hauptakzent, durch Großschreibung einer Silbe markiert, zusätzlich können durch Großschreibung nur des Vokals der betonten Silbe noch Nebenakzente angezeigt werden). Das ermöglicht es den LeserInnen, die Betonung der SprecherInnen beim Lesen nachzuvollziehen. In jeder Intonationsphrase gibt es einen Fokusakzent. Bei Bedarf können auch Nebenakzente markiert werden. Im folgenden Transkriptauschnitt 1a liegt beispielsweise der Fokusakzent auf der Silbe „KREBS“, der Nebenakzent auf dem Vokal „U“:

Transkriptausschnitt 1a

```
016  A:  also es ist brUstKREBS.
```

Zudem ist es möglich, einen extra starken Akzent mittels Ausrufezeichen zu kennzeichnen, zum Beispiel bei „brUst!KREBS!“.

Tonhöhenbewegung

Die Satzzeichen werden in GAT2 nicht in ihrem üblichen Sinne verwendet, sondern zeigen die Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen an. Dabei werden fünf Typen von Tonhöhenbewegungen am Einheitenende unterschieden:

?	hoch steigend
,	mittel steigend
-	gleichbleibend

;	mittel fallend
.	tief fallend

Im folgenden Transkriptausschnitt 1b wird deutlich, dass in Z. 025 der Tonhöhenverlauf gleichbleibt und in Z. 026 die Tonhöhe am Ende der Intonationsphrase mittel fallend ist. Im Gegensatz dazu ist die Tonhöhe am Ende von Z. 027 leicht steigend und in Z. 028 hoch steigend, wodurch z.B. das „ja?“ einen fragenden Charakter erhält.

Transkriptausschnitt 1b

```
025       °h sondern Eher einer DER-
026       (--) GANZ langsam wächst;
027  P:   [hm oKAY,]
028  A:   [ja?     ]
```

Anhand dieses Ausschnittes kann außerdem gezeigt werden, was passiert, wenn SprecherInnen gleichzeitig reden. Dies wird durch eckige Klammern gekennzeichnet; die betreffenden sich überlappenden Beiträge stehen untereinander (Z. 027 und 028).

Dehnung

Ein weiterer Aspekt ist die Länge von Lauten: Solche Dehnungen von Wörtern oder Silben beim Sprechen werden durch Doppelpunkte markiert:

:	Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.
: :	Dehnung, Längung, um ca. 0.5-0.8 Sek.
: : :	Dehnung, Längung, um ca. 0.8-1.0 Sek.

Im Transkriptausschnitt 1c ist dies mehrmals der Fall („a:ber“, Z. 019, „DIE:“, Z. 019, „sie:“, Z. 022):

Transkriptausschnitt 1c

```
019      °hh a:ber DIE: ähm-
020       EIgenschaften die er hat-
021       die SIND-
022       (--) sie:-
```

Pausen

Außerdem werden in Transkripten Pausen und deren Länge gekennzeichnet; im obigen Abschnitt findet sich beispielsweise eine mittlere geschätzte Pause („(--) sie:-“, Z. 022). Die weiteren Zeichen zur Kennzeichnung der Dauer von Pausen sind wie folgt:

`(.)`	Mikropause, geschätzt, unter 0.25 Sek. Dauer
`(-)`	kurze geschätzte Pause von ca. 0.25 Sek. Dauer
`(--)`	mittlere geschätzte Pause v. ca. 0.5 Sek. Dauer
`(---)`	längere geschätzte Pause von ca. 0.75 Sek. Dauer
`(0.5)` `(2.0)`	gemessene Pausen von 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer

Wenn in Gesprächen neue Sprecherbeiträge oder Segmente schnell und unmittelbar anschließen, wird dies im Transkript mithilfe eines „=“ angezeigt. Im Transkriptausschnitt 1d findet sich ein schneller Anschluss in Z. 011 und Z. 012:

Transkriptausschnitt 1d

```
005  A:  °h und-
006      ähm:-
007      (-) ja-
008      (-) des IS-
009      (.) ein kleiner bÖsartiger TUmor.
010      (-)
011  P:  ein kleiner BÖSartiger.=
012      =des HEIßT?
013  A:  er IST-
014      gottseidank nicht so ARG bösartig.=
```

Ein- und Ausatmen

Außerdem werden weitere akustisch wahrnehmbare Aspekte gekennzeichnet, die über den reinen Wortlaut hinausgehen. Dazu zählen beispielsweise das Ein- und Ausatmen sowie dessen Dauer:

`°h / h°`	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,25 Sek. Dauer
`°hh / hh°`	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5 Sek. Dauer
`°hhh / hhh°`	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.75 Sek. Dauer

Im Transkriptausschnitt 1d wird beispielsweise ein Einatmen des Arztes mit einer Dauer von ca. 0.5 Sek. markiert (Z. 019).

Lachen

In diesem Ausschnitt ist zudem ein Lachen gekennzeichnet („((lacht))“, Z. 015). Lachen kann verschiedene Formen haben und dementsprechend unterschiedlich markiert werden, wie diese Übersicht zeigt:

haha hehe hihi	silbisches Lachen
((lacht)) ((weint))	Beschreibung des Lachens
<<lachend> >	Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite
<<:-)> soo>	mit lächelnder Stimme

Auch andere para- und außersprachliche Handlungen wie z.B. Husten werden in Transkripten vermerkt:

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse
<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite

Es werden dementsprechend nicht nur die Handlungen an sich vermerkt, sondern auch, ob diese sprachbegleitend oder außersprachlich stattfinden. Die gleiche Schreibweise in spitzen Klammern kann auch dazu genutzt werden, interpretierende Kommentare mit Reichweite zu markieren, z.B. „<<erstaunt> >“. Verzögerungssingale sind in der gesprochenen Sprache ein häufiges und interaktional wichtiges Phänomen. Sie werden wie folgt verschriftlicht:

äh öh äm	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"

Im Transkriptausschnitt 1e findet sich eine solche gefüllte Pause in Z. 019 („ähm“):

Transkriptausschnitt 1e

```
019     °hh a:ber DIE: ähm-
```

Rückmeldesignale

Ähnlich verhält es sich mit Rückmeldesignalen. Auch diese sind häufig in der gesprochenen Sprache zu finden und werden wie folgt transkribiert:

hm ja nein nee	einsilbige Signale
hm_hm ja_a	zweisilbige Signale
nei_ein nee_e ?hm?hm,	verneinendes Signal

Ein Beispiel für ein einsilbiges Rezeptionssginal findet sich im Transkriptausschnitt 1f in Z. 027 („hm“):

Transkriptausschnitt 1f

```
027  P:  [hm oKAY,]
```

Trotz größter Sorgfalt kann es passieren, dass es den TranskribendInnen nicht möglich ist, alle Äußerungen akustisch zu verstehen, beispielsweise wenn mehrere SprecherInnen gleichzeitig reden. In diesem Fall gibt es verschiedene Möglichkeiten, Unverständlichkeiten, Vermutungen oder Alternativen im Transkript zu kennzeichnen:

`(  )`	unverständliche Passage ohne weitere Angaben
`(xxx), (xxx xxx)`	ein bzw. zwei unverständliche Silben
`(solche)`	vermuteter Wortlaut
`(also/alo)(solche/welche)`	mögliche Alternativen
`((unverständlich, ca. 3 Sek))`	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer

Zudem gibt es die Möglichkeit, im Transkript zu kennzeichnen, wenn Einheiten hörbar miteinander verbunden werden:

und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten

Insgesamt stellt das Transkribieren nach GAT2 eine Möglichkeit dar, die erhobenen Audiodaten der Arzt-Patienten-Gespräche so zu verschriftlichen, dass interaktional relevante Aspekte, die in der Audiodatei akustisch wahrnehmbar sind, auch im Transkript zu finden sind. Dies ist die Grundlage dafür, nach der datenschutzkonformen Anonymisierung und Löschung der Audiodaten ein umfassendes schriftliches ‚Bild‘ des Gesprächs zu haben, auf dessen Grundlage die detaillierte Analyse desselben durchgeführt werden kann. Einen Überblick über die vollständigen Konventionen von GAT2 findet sich in dem online verfügbaren Aufsatz von Selting et al. (2009).[6]

[6] Es gibt unterschiedlich ausführliche Formen von Transkripten bei GAT2: Minimal-, Basis- und Feintranskript. An dieser Stelle wurden die Konventionen des Basistranskripts erklärt, die in diesem Buch für die Transkripte verwendet wurden. Das Basistranskript beinhaltet mehr Konventionen als das Minimaltranskript, aber etwas weniger als das Feintranskript.

Basisliteratur zur Arbeit mit Transkripten

→ Birkner, Karin und Anja Stukenbrock (Hrsg.) (2009): *Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

→ Selting et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf]

1.6 Aufbau des Handbuchs

Das Handbuch besteht aus fünf jeweils auf gleiche Weise aufgebauten, in sich geschlossenen Trainingseinheiten. Diese befassen sich mit einer oder mehreren Handlungskomponenten, wie sie in Abschnitt 1.4 vorgestellt wurden. Dabei werden unterschiedliche thematische bzw. handlungsbezogene Schwerpunkte in separaten **Modulen** abgehandelt. Die Auswahl richtete sich danach, welche interaktionalen Erfordernisse – entsprechend der Analyseergebnisse – besonderer Aufmerksamkeit bedürfen bzw. den Interagierenden wiederholt Schwierigkeiten bereiten:

1. Diagnose- und Krankheitserläuterung
2. Therapieerläuterung und -entscheidung
3. Umgang mit Patientenanliegen
4. Vertrauen, Misstrauen und ‚zweite Meinung'
5. Trösten

Bestimmte Kommunikationsaufgaben (z.B. der Umgang mit Fachterminologie) werden dabei gezielt in mehreren Trainingseinheiten behandelt. Zum einen ist dies dadurch motiviert, dass sie in diversen Gesprächszusammenhängen relevant sind, jedoch je nach Handlungs- und Themenschwerpunkt unterschiedliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind. Eine wiederholte Auseinandersetzung mit einer Thematik bzw. einer Gesprächsaufgabe in verschiedenen Kontexten oder aus anderer Perspektive hat den Vorteil, dass sich bei den TeilnehmerInnen ein holistisches und zugleich differenzierteres Verständnis einstellt. Zum anderen wird gewährleistet, dass diese zentralen Aspekte stets abgedeckt werden, auch wenn etwa nur eine Trainingseinheit gesondert bearbeitet wird (s. Abschnitt 1.7).

Jede Trainingseinheit ist in drei Bestandteile gegliedert:

1) Einstiegsfragen: Impulsfragen zur einführenden Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik auf der Grundlage der eigenen Erfahrung

2) Modular organisierte Transkriptarbeit:
   i) Analyse und Bewertung ausgewählter Transkriptausschnitte
   ii) Entwicklung/Bereitstellung von Handlungsempfehlungen
3) Abschlussreflexion: Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und kontrastive Diskussion/Überlegungen (Vergleich mit den gesammelten Aspekten aus 1)

Im Folgenden wird zunächst die Darstellung der Einheiten im Handbuch beschrieben, woraufhin spezifische Umsetzungshinweise für GesprächstrainerInnen und DozentInnen sowie für SelbstlernerInnen gegeben werden.

In **Teil 1 (Einstiegsfragen)** der Einheiten wird eine Liste mit **Impulsfragen** zu Verfügung gestellt, die als Anstoß zur Reflexion der beruflichen Kommunikationspraxis in Zusammenhang mit dem Gegenstand der Einheit dienen sollen. Dabei steht neben der kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen professionellen Handeln und der Bewusstmachung der institutionellen Rahmenbedingungen vor allem die Patientenperspektive im Zentrum des Interesses. Es gilt, sich Asymmetrien und Divergenzen in Bezug zur eigenen Position klarzumachen und sich die Wissensbestände und kommunikativ-emotionalen Bedürfnisse der PatientInnen vor Augen zu führen.

Hinweise für GesprächstrainerInnen und DozentInnen

Im Rahmen eines Trainings bzw. Seminars sollte der Reflexionsprozess offen im Plenum (ggf. im Anschluss an eine Phase der Partner- oder Kleingruppenarbeit) stattfinden. Den TeilnehmerInnen wird so die Möglichkeit gegeben, ihre persönlichen Berufserfahrungen bzw. Annahmen und Erwartungen auszutauschen und diese zur Grundlage ihrer Überlegungen zu machen. Auf diese Weise wird eine bereichernde Perspektivenvielfalt gewährleistet.

Die Rolle der TrainerInnen ist in dieser Phase primär eine anleitende/lenkende und organisierende. Es geht weniger darum, den TeilnehmerInnen gesprächsanalytische Erkenntnisse zu vermitteln oder gesicherte Antworten zu liefern, als sie – natürlich unter Berücksichtigung gesprächsanalytischen Vorwissens sowie der Schwerpunkte der anschließenden Transkriptanalyse – dazu zu bewegen, eigenständig die zentralen interaktionalen Aufgaben, Herausforderungen und Probleme, die in Verbindung mit dem fokalen Thema zu bewältigen sind, kritisch zu diskutieren. Die wichtigsten Feststellungen der TeilnehmerInnen können dann stichpunktartig (etwa auf einem Whiteboard) festgehalten werden und als ‚Ausgangshypothesen' im Verlauf der folgenden Transkriptarbeit bzw. nach deren Abschluss (in Teil 3 der Einheit) mit den daraus gewonnenen Einsichten abgeglichen werden, sodass mitgebrachte Annahmen und Sichtweisen offen überprüft und entweder bestätigt oder überdacht werden können.

Hinweise für SelbstlernerInnen

Auch wenn bei der selbstständigen Übung mit dem Handbuch die Möglichkeit eines offenen Austausches im Plenum nicht gegeben ist, wird dennoch empfohlen, sich genügend Zeit zu nehmen, um die eigene Kommunikationspraxis zu reflektieren bzw., im Falle von MedizinstudentInnen, sich die eigenen Erwartungen und Annahmen hinsichtlich der Interaktion mit (Krebs-)PatientInnen bewusst zu machen. Die bereitgestellten Impulsfragen können auch hier als Anregungen dienen. Es wird zudem geraten, sich dabei Notizen zu machen, um nach der Transkriptarbeit ganz konkret Vergleiche mit den neu gewonnenen Erkenntnissen ziehen zu können (wofür Teil 3 der Trainingseinheiten vorgesehen ist).

Teil 2 macht den Kern des Handbuchs aus und ist der ausführlichen Beschäftigung mit den bereitgestellten Transkripten gewidmet. Zur Wahrung der Anonymität der beteiligten ÄrztInnen wird in allen Transkripten stets die maskuline Form *Arzt* verwendet. Bei PatientInnen und Angehörigen wird hingegen das tatsächliche Geschlecht angegeben. Alle personenbezogenen Daten wie Namen, Orte etc. wurden anonymisiert.

Vor Beginn der Transkriptanalyse führt ein Textabschnitt allgemein in die Thematik ein und bietet einen **Überblick** über die wichtigsten Momente des jeweiligen Gegenstandsbereichs. Dieser wird bewusst erst hier präsentiert, um im ersten Teil eine möglichst unvoreingenommene Auseinandersetzung mit dem entsprechenden Thema zu ermöglichen. Am Ende jeder Einführung werden Empfehlungen für **weiterführende Literatur** angeführt. Eine **umfangreiche Bibliographie** findet sich in Anhang III. Der analytische Teil der Einheiten ist intern weiter untergliedert: Einzelne oder mehrere Transkripte sind unter einem bestimmten inhaltlichen Schwerpunkt bzw. hinsichtlich eines spezifischen interaktionalen Phänomens, einer Aufgabe oder einer Problematik in separaten **Modulen** zusammengefasst. Auf diese Weise kann man sich einen schnelleren Überblick darüber verschaffen, welche Aspekte im Zentrum der Analyse stehen.

Zu jedem Transkriptausschnitt werden zunächst die für die Analyse notwendigen **Kontextinformationen** präsentiert, d.h. sowohl gesprächsexterne Fakten wie z.B. das Alter der PatientInnen als auch eine knappe, aber möglichst aussagekräftige Zusammenfassung des bisherigen Gesprächsverlaufs und der behandelten Themen. Im Anschluss daran wird eine **Kurzbeschreibung des analytischen Schwerpunkts** geliefert, in der prägnant zusammengefasst ist, worauf das primäre Erkenntnisinteresse der folgenden Transkriptanalyse gerichtet ist. Dieser ist besonders für TrainerInnen relevant, um sich eine bessere Orientierung zu verschaffen. SelbstlernerInnen sollten diese Beschreibung zunächst überspringen, da dort

z.T. Ergebnisse vorweggenommen werden, was den Blick auf die Daten beeinflussen würde. Nach ersten Überlegungen zum Transkript kann die Beschreibung jedoch nützlich sein, um die Analyse zu vertiefen. Für die TrainingsteilnehmerInnen sowie für SelbstlernerInnen wird eine Reihe von **Leitfragen** bereitgestellt, an denen sie sich bei der Bearbeitung der Transkripte orientieren können.

Die Auseinandersetzung mit dem jeweils präsentierten Transkriptausschnitt erfolgt nun in zwei Schritten:

1. Zunächst soll eine ausführliche, erklärende und kritisch bewertende Beschreibung des interaktionalen Geschehens erfolgen, um die jeweiligen kommunikativen Herausforderungen und Probleme zu identifizieren.
2. Auf dieser Grundlage sollen dann Handlungsempfehlungen dafür erarbeitet werden, wie bestimmte Situationen und interaktionale Erfordernisse möglichst befriedigend für alle Beteiligten zu bewältigen sind.

Im Anschluss an die Transkriptausschnitte werden abschnittsweise gegliederte (d.h. es wird sich auf zuvor angegebene **Transkriptzeilen** bezogen) Analysen geliefert. Diese bestehen aus einer kurzen **Handlungsbeschreibung**, in der festgehalten wird, was die Interagierenden tun bzw. was die situativen kommunikativen Anforderungen sind, sowie aus diesbezüglichen **Erläuterungen**. Die Transkriptausschnitte können einerseits einen primär illustrativen Charakter haben, sodass die Kommentierung die Form einer tiefer greifenden Beschreibung annimmt, die spezifische Strategien und Praktiken zur Handhabung bestimmter Gesprächsaufgaben aufzeigt (z.B. können einzelne Formulierungsdetails genauer unter die Lupe genommen werden). In anderen Fällen steht eine problemzentrierte Betrachtung im Vordergrund: Es werden gezielt vorliegende Kommunikationsschwierigkeiten thematisiert, deren Zustandekommen beleuchtet und eine Bewertung des Umgangs der Interagierenden mit der gegebenen Problematik angeboten. Dabei werden sowohl hilfreiche als auch eher als kritisch zu bewertende Handlungsstrategien diskutiert. Hieraus werden ggf. bereits erste ‚Dos und Don'ts' für die Bearbeitung der speziellen Aufgaben abgeleitet.

Jedes Modul schließt mit einem Abschnitt ab, in dem die Handlungsempfehlungen festgehalten sind, die sich aus der vorangehenden Transkriptanalyse ergeben haben. Diese sind nach **Schlüsselwörtern** organisiert, welche einen schnellen Zugriff auf den betreffenden Themenbereich ermöglichen. Auf jedes Schlüsselwort folgt zunächst eine Kurzbeschreibung des betreffenden **Problembereichs** bzw. allgemeiner gewisser **interaktionaler Herausforderungen**. Die **Empfehlungen** dafür, wie die jeweiligen Aufgaben möglichst adäquat gelöst werden können, werden schließlich darunter in Form von Stichpunkten aufgelistet.

Die Handlungsempfehlungen können einerseits recht allgemein gehalten sein, sodass sie in einer Vielzahl von Kontexten Gültigkeit beanspruchen (z.B. *Patientenwissen in das Gespräch einbinden und bearbeiten, zu Fachbegriffen in Verhältnis setzen und ggf. richtigstellen*). Entsprechend können sie als grundsätzliche Leitlinien für die Kommunikation mit (Krebs-)PatientInnen betrachtet werden. Dabei liegt es in der Praxis letztlich immer an den ÄrztInnen, sie situationsadäquat zu interpretieren und anzuwenden. Oftmals werden hierzu jedoch zusätzlich Anregungen gegeben.

Andererseits finden sich auch Empfehlungen, die spezifisch sind und einen bestimmten Gegenstand betreffen. Häufig geht es dabei um Informationen, die standardmäßig mitgeteilt werden sollten (z.B. die Nebenwirkungen einer Therapieform), wenn nicht besondere Umstände dagegensprechen, bzw. um Tipps zu ihrer Erläuterung. Bei anderen Aspekten kann deren Thematisierung stärker vom individuellen Informationsbedürfnis der PatientInnen abhängig gemacht werden (z.B. Aussagekraft und Bedeutung der Erhebung von Tumormarkern). Ausschlaggebend ist, sich stets die Kontextsensitivität von Handlungsempfehlungen sowie die Vielfalt an potenziellen Alternativen vor Augen zu führen.

Hinweise für GesprächstrainerInnen und DozentInnen

Vor der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Transkripten ist es empfehlenswert, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um die TeilnehmerInnen mit den Konventionen von GAT2 vertraut zu machen. Da die Audiodateien aus Anonymitätsgründen nicht zu Verfügung stehen, kann es u.U. hilfreich sein, die Transkripte auf Rollen verteilt laut vorzulesen. Zudem dürfte es von Vorteil sein, wenn TrainerInnen bzw. DozentInnen zunächst exemplarisch das sequenzanalytische Vorgehen illustrieren, um die anschließende gemeinsame Analysearbeit effizienter zu gestalten und den TeilnehmerInnen mögliche ‚Berührungsängste' mit den Transkripten zu nehmen.

Die Transkriptarbeit kann – je nach Gruppengröße und Präferenzen des Leiters/der Leiterin und der TeilnehmerInnen – auf unterschiedliche Weise gestaltet werden:

- Es kann vorab eine Besprechung des Datums in Kleingruppen erfolgen, die darin mündet, dass jede der Gruppen ihre jeweiligen Analyseergebnisse abschließend vorträgt bzw. dass ein freier Austausch im Plenum stattfindet. Der/die LeiterIn kann daran anknüpfend auf der Grundlage des Handbuchs weiteren Input liefern bzw. auf nicht angesprochene Problematiken hinweisen. Hier liegt der Vorteil darin, dass die TeilnehmerInnen sich während der Analyse besser austauschen können und mehr Zeit haben, ihre Eindrücke zu reflektieren und miteinander zu vergleichen. Der Nachteil besteht darin, dass der/die LeiterIn in der Phase der Gruppenarbeit weniger Einfluss auf die Richtung der Diskussion hat bzw. von Gruppe zu Gruppe gehen muss, um die Analysen stichprobenartig zu verfolgen und ggf. Hilfestellung zu leisten oder weitere Anregungen zu geben. Die Betrachtung der Daten verläuft stärker selbstständig.
- Eine andere Option ist es, die Analyse von vornherein im Plenum durchzuführen, wobei den TeilnehmerInnen genügend Zeit eingeräumt werden muss, das Transkript noch einmal ausführlich für sich zu lesen und sich erste Gedanken zu den Handlungsabläufen zu machen. Der Vorteil bei dieser Variante liegt darin, dass Zeit gespart werden kann und dass der/die LeiterIn von Beginn an die Möglichkeit hat, den Analysefokus klarer zu steuern, indem er/sie die Leitfragen immer wieder in den Mittelpunkt stellt.

Die Entwicklung der Handlungsempfehlungen sollte in jedem Fall interaktiv verlaufen, d.h. die Ergebnisse sollten in einem Wechselspiel zwischen den Vorschlägen der TeilnehmerInnen unter Einbezug ihrer Erfahrungswerte und den hier bereitgestellten Analysen und Problemlösungsangeboten zustande kommen. Ein größerer Beitrag der TrainingsteilnehmerInnen zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen macht es wahrscheinlicher, dass sie diesen in der Praxis folgen. Im Rahmen der gemeinsamen Besprechung ist auch hier eine schriftliche, stichpunktartige Liste zu erstellen, die Schwierigkeiten und Handlungsalternativen aufführt und auf die sowohl in Teil 3 der jeweiligen Einheit als auch bei einer das Training insgesamt abschließenden Diskussion zurückgegriffen werden kann.

Hinweise für SelbstlernerInnen

SelbstlernerInnen sollten zunächst die Transkripte eigenständig unter Berücksichtigung der Leitfragen analysieren, d.h. die Handlungsanforderungen und den Handlungsverlauf für sich beschreiben und evaluieren. Dabei ist auf die Gesprächsentfaltung *in der Zeit* zu achten, d.h. es muss die genaue Abfolge und der sequenzielle Bezugsrahmen einzelner Äußerungen berücksichtigt werden. Es erscheint auch sinnvoll, bereits Überlegungen zu Handlungsalternativen und Optimierungsvorschlägen anzustellen. Die eigenen Empfehlungen sollten schriftlich festgehalten werden. Erst nach eingehender selbstständiger Auseinandersetzung mit dem Material sollten die bereitgestellten Analysen und Empfehlungen konsultiert werden. Auf diese Weise wird der Lernprozess unterstützt, indem die eigene Kreativität bei der Erarbeitung situationsadäquater Lösungsansätze gefordert wird. Die erstellte Liste mit alternativen Handlungsstrategien kann dann um die Vorschläge ergänzt werden, die den LeserInnen nützlich und für sie selbst umsetzbar erscheinen.

Falls sich LeserInnen vor der konkreten Ausseinandersetzung mit den Transkripten ausführlicher mit der gesprächsanalytischen Methodik vertraut machen möchten, ist die Einführung „Gespräche analysieren“ von Deppermann (2008) zu empfehlen.

In **Teil 3 (Abschlussreflexion)** der Trainingseinheiten steht erneut das (selbst)reflektierende Moment im Vordergrund. Es sollen die wichtigsten Erkenntnisse aus den diversen Transkriptanalysen zusammengefasst und den anfänglichen Feststellungen aus Teil 1 gegenübergestellt werden. Dieser Schritt ist wichtig, um die zahlreichen neuen Informationen besser verarbeiten und in den persönlichen Wissens- und Erfahrungshorizont integrieren zu können. Das Handbuch stellt hierfür eine Liste mit **kontrastiven Fragen** bereit (dies sind dieselben für jede Einheit):

- Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?
- Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?
- Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?
- Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation?
- Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

Während SelbstlernerInnen die Zusammenfassung und die Beantwortung der Fragen zwangsläufig für sich selbst vornehmen, ist dieser Schritt im Rahmen eines Trainings bzw. Seminars als plenare Diskussion durchzuführen. Auch hier bietet es sich an, die (wichtigsten) Antworten schriftlich festzuhalten, um sie am Ende des Trainings bzw. der Arbeit mit dem Handbuch noch einmal resümierend betrachten zu können.

Nachdem alle vorgesehenen Einheiten (bzw. ausgewählte Module) bearbeitet wurden, empfiehlt es sich, mit einem kurzen Resümee zu schließen.

Hinweise für GesprächstrainerInnen und DozentInnen

Im Rahmen eines Trainings oder Seminars ist hier eine allgemeine Abschlussdiskussion angedacht: Zum einen kann Gelegenheit für ein generelles Feedback und den Austausch von Eindrücken geboten werden. Andererseits ist es empfehlenswert, mit Blick auf die notierten Aspekte, Vorsätze für deren Umsetzung in der zukünftigen Handlungspraxis zu formulieren. Es soll dazu angeregt werden, dass die TeilnehmerInnen eine (bzw. je nach Eigenbedarf auch mehrere) von den gemeinsam erarbeiteten Handlungsempfehlungen auswählen und sich ganz bewusst und explizit vornehmen, diese umzusetzen und zu beobachten, inwieweit ihnen das gelingt und welche Auswirkungen dies auf die Interaktion mit den PatientInnen hat. Auf diese Weise gehen die TeilnehmerInnen gegenüber sich selbst und gegenüber der Gruppe ein *Commitment* ein, welches die Motivation steigern kann, eine tatsächliche praktische Anwendung des Gelernten anzustreben.

Hinweise für SelbstlernerInnen

SelbstlernerInnen können sich an dieser Stelle noch einmal abschließend ihre Notizen oder Markierungen ansehen und für sich ein Gesamtfazit ziehen. Zudem wird ebenfalls dringend geraten, eine Auswahl von Empfehlungen zu treffen und sich ausdrücklich vorzunehmen diese umzusetzen, zu beobachten, inwieweit dies gelingt und welche Auswirkungen dies auf die Interaktion mit den PatientInnen hat. Hier kann es hilfreich sein, sich eine Erinnerungsnotiz zu machen, die an einem bestimmten Ort platziert wird, an dem man sich regelmäßig aufhält (etwa am Arbeitsplatz), so dass man stetig an den Vorsatz erinnert wird.

1.7 Anwendungsoptionen

Die Trainingseinheiten und ihre Module können auf unterschiedliche Weise abgearbeitet werden, wobei das jeweils zu Verfügung stehende Zeitkontingent sowie die Anwendungsmodalität (als Training/Seminar vs. im Selbststudium) eine entscheidende Rolle spielen:

Optionen für GesprächstrainerInnen und DozentInnen

Während in einem Seminar das gesamte Handbuch über einen längeren Zeitraum (etwa über ein Semester hinweg) durchgearbeitet werden kann, ist dies aufgrund des Umfangs der Einheiten im Rahmen eines Fortbildungstrainings schwer umsetzbar. Allerdings bieten sich hier etwa folgende Alternativen an:

- Es können je nach den gewünschten thematischen Schwerpunkten bzw. dem zu diskutierenden Problembereich eine oder mehrere ausgewählte Einheiten behandelt werden.
- Ebenso können aus verschiedenen Einheiten einzelne Module, d.h. die entsprechenden Transkriptausschnitte mit den gewünschten Schwerpunkten, ausgewählt werden, um zugeschnitten auf die individuellen Bedürfnisse ein weniger umfangreiches Trainingsprogramm zusammenzustellen.

Zudem lassen sich die Einheiten durchaus auch mit anderen Trainingsformaten verbinden:

- Ist ein Fortbildungsprogramm primär auf Wissensvermittlung in Form von Vorträgen ausgerichtet, kann die Arbeit an authentischem Datenmaterial, die die TeilnehmerInnen aktiv in den Lernprozess mit einbindet, nicht nur eine willkommene Abwechslung darstellen, sondern gerade auch einzelne Gesichtspunkte der zuvor theoretisch vermittelten Erkenntnisse quasi in (Inter-)Aktion veranschaulichen und sie den TeilnehmerInnen so näherbringen. Hierzu können ausgewählte Module aus dem Handbuch herangezogen werden. Dies setzt natürlich voraus, dass der/die TrainerIn selbst mit dem Umgang mit Transkripten vertraut ist und dass genügend Zeit vorhanden ist, um auch den TrainingsteilnehmerInnen eine rudimentäre Einführung bieten zu können.
- Zur Anreicherung des hier präsentierten dreiteiligen Formats der konstitutiven Trainingseinheiten können etwa Rollenspiele eingesetzt werden, um bestimmte Gesprächsaufgaben, die sich durch die Transkriptanalyse als kompliziert herausgestellt haben, zu simulieren und die TeilnehmerInnen in diesem Rahmen Lösungsstrategien erproben lassen, entweder ad hoc vor der Besprechung von Handlungsempfehlungen oder im Anschluss als praktische Umsetzungsübung.
- Auch wenn die vorliegenden Daten nicht von den TrainingsteilnehmerInnen selbst stammen, ist es durchaus denkbar, das Handbuch auch im Rahmen einer zyklischen Trainingsdurchführung (Fiehler 2001) einzusetzen: Nach einer ersten Runde transkriptzentrierter Analysearbeit können die TeilnehmerInnen eigene Aufnahmen machen (entweder authentische Gesprächsaufnahmen, oder, was einfacher zu organisieren ist, simulierte Gespräche (ausführlich zur *Simulation authentischer Fälle* (SAF) bei Becker-Mrotzek/Brünner 2002), die dann wiederum die Grundlage für eine weitere Analyserunde bilden. Obgleich für das Handeln der TeilnehmerInnen kein unmittelbarer Vorher-Nachher-Vergleich möglich ist, kann in der zweiten Trainingsrunde anhand der Analyse der erhobenen Aufnahmen doch reflektiert und diskutiert werden, inwieweit die in der ersten (auf der Grundlage des vorliegenden Handbuchs durchgeführten) Trainingsrunde erarbeiteten Handlungsempfehlungen umgesetzt werden konnten und wo weiterhin Optimierungsbedarf besteht.

Optionen für SelbstlernerInnen

Da SelbstlernerInnen keine zeitliche Begrenzung für das Arbeiten mit dem Handbuch gesetzt ist, können diese problemlos nach und nach das gesamte Handbuch durcharbeiten oder sich bedarfsabhängig auf einzelne Module bzw. einen thematischen Schwerpunkt konzentrieren. Dennoch wird empfohlen, sich dabei an die dreiteilige Struktur zu halten und die Auseinandersetzung mit dem Transkriptmaterial stets mit den ein- und ausleitenden Reflexionen zu rahmen, um sich einerseits der eigenen Perspektive bzw. dem eigenen Handeln stärker bewusst zu werden und andererseits eine bessere Verarbeitung des Gelernten zu gewährleisten.

2 Einheit 1: Diagnose- und Krankheitserläuterung

2.1 Einstiegsfragen

→ Wie gehen Sie bei der Diagnosemitteilung vor?

→ Inwieweit nutzen Sie dabei Fachvokabular?

→ Wie erklären Sie Diagnosen?
Nutzen Sie Verfahren zur Veranschaulichung?
Wenn ja, welche?

→ Können Sie erkennen, wie viele (Zusatz-) Informationen PatientInnen zur Diagnose benötigen?
Woran erkennen Sie das?

→ Wie gehen Sie mit Wissen um, das von den PatientInnen ins Gespräch eingebracht wird?

→ Inwieweit nutzen Sie Einstufungen der Erkrankung im Gespräch?
Wie sind Ihre Erfahrungen damit?

2.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit

Die Diagnose wird definiert als das „Erkennen u. Bezeichnen einer Krankheit“ (Pschyrembel 2014: 476) und ihre Vermittlung ist, neben der Therapieplanung, ein Hauptbestandteil des Aufklärungsgesprächs. Da es bei der Diagnosemitteilung um das Mitteilen einer schlechten Nachricht geht, ist dies für ÄrztInnen eine komplexe Aufgabe zwischen *Hoffnung geben* und *Ernsthaftigkeit der Erkrankung vermitteln*. Maynard (2003:7) weist darauf hin, dass die Diagnosemitteilung für die PatientInnen ein Schock ist und wegen möglicher Folgen mit besonderem Bedacht im Gespräch umgesetzt werden sollte. Obwohl PatientInnen meist von der Verdachtsdiagnose wissen, besteht immer noch die Hoffnung, dass die Krebsdiagnose sich nicht bewahrheitet. Mit der Mitteilung der Krebsdiagnose ist diese Hoffnung ‚geplatzt‘, die Diagnose stellt ein einschneidendes Moment für die PatientInnen dar. Umso wichtiger ist es, dass PatientInnen trotz der schwierigen Schocksituation alle für sie relevanten Informationen zur Diagnose bekommen und verstehen. Konkret können folgende Gründe aufgeführt werden, die dafür sprechen, die Diagnosemitteilung genauer zu betrachten und diese Aktivität, die Teil eines jeden Aufklärungsgesprächs ist, zu trainieren:

1. ÄrztInnen und PatientInnen haben nach der Mitteilung einer Krebsdiagnose oft einen langen gemeinsamen Weg der Therapie vor sich, bei dem sie zusammenarbeiten müssen. Daher ist es wichtig, Vertrauen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen herzustellen. Mangelndes Vertrauen kann dazu führen, dass PatientInnen der Therapie ‚untreu' werden, was schwerwiegende Gesundheitsfolgen haben kann. Eine angemessene Informierung über die Diagnose ist der erste Schritt zum Vertrauensaufbau. PatientInnen sollten alle notwendigen Informationen über ihre Erkrankung erhalten und verstehen. Wenn sie die Ernsthaftigkeit und die Einstufung der Erkrankung einordnen können, dann ist es ihnen auch möglich, aktiv an den Therapieentscheidungen und -maßnahmen teilzuhaben.
2. Bei der Diagnosemitteilung spielt häufig das Wissen der PatientInnen und ihrer Angehörigen eine Rolle. Es handelt sich um Wissensbestände, die diese durch (unspezifizierte) Dritte oder durch Medien, insbesondere durch das Internet, erhalten haben. Dieses Wissen birgt die Gefahr, dass es falsch oder unvollständig ist und/oder die Bedeutung für PatientInnen und Angehörige unklar ist. Eine ausbleibende Einordnung und Klärung durch ÄrztInnen kann zu dauerhaften oder unzureichenden Annahmen bezüglich der Diagnose führen.

Die Trainingseinheit konzentriert sich vor allem auf die Aspekte von Wissensvermittlung und Wissensaushandlung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Es geht um die Mitteilung und Erläuterung von Fachbegriffen und Fachkonzepten sowie den Abgleich mit diesbezüglichem möglichem Vorwissen und/oder Vorstellungen der PatientInnen. Die Analyse gliedert sich in folgende Subeinheiten:

1. Fachsprache und Krankheitsverständnis
2. Bewertung und Einstufung der Krankheit
3. Skalierungen und Graduierungen von Krebserkrankungen
4. (Unsicheres) Wissen einbringen, bearbeiten und aushandeln
5. Wissensaushandlung bei mehrdeutigen Begrifflichkeiten: Ein Vergleich

Weiterführende Literatur

→ Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: SpIn-Arbeitspapierreihe (Sprache und Interaktion) 73. [Online verfügbar unter: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf.]

→ Herb, Gudrun / Sabine Streeck (1998): Konstruktive Gesprächsgestaltung im Prozess der Diagnoseeröffnung. In: Michael, Theodor / Arpad von Moers / Elisabeth Strehl (Hrsg.): Spina bifida: Interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung. Berlin/New York: de Gruyter, 24-28.

→ Gülich, Elisabeth / Gisela Brünner (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela / Elisabeth Gülich (Hrsg.): Krankheit verstehen: interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.

→ Köhle, Karl / Rainer Obliers / Armin Koerfer (2010): Diagnosemitteilung – Ein Leitfaden. In: Kreienberg, Rolf, Volker Möbus / Walter Jonat / Thorsten Kühn (Hrsg.): Mammakarzinom. Inter-disziplinär. 4. Aufl. Berlin: Springer, 328-36.

→ Spranz-Fogasy, Thomas (2014a): Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin: de Gruyter.

→ Spranz-Fogasy, Thomas / Maria Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert / Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 93-115.

2.3 Modul 1: Fachsprache und Krankheitsverständnis

▶ Kontextinformation

Die folgenden Transkriptaussschnitte stammen aus einem Gespräch mit einer 57-Jährigen Patientin, die von ihrem Ehemann zum Aufklärungsgespräch begleitet wird. Der erste Teilausschnitt setzt unmittelbar nach dem Einschalten des Aufnahmegeräts mit der Diagnosemitteilung ein. Der zweite Teilausschnitt findet vierzehn Minuten später statt. Zwischen den beiden Abschnitten erklärt der Arzt der Patientin, dass eine Behandlung in Form einer kombinierten Chemo-Immuntherapie notwendig ist und dass die Möglichkeit besteht, die Krankheit ganz zurückzudrängen. Die Patientin fragt zudem nach, ob eine Begleittherapie möglich ist, was der Arzt jedoch verneint.

▶ Analytischer Fokus

Anhand von *Transkriptausschnitt 1* soll gezeigt werden, wie die Diagnose mitgeteilt wird, und dass dabei die Verwendung von Fachsprache (*Follikuläres Lymphom*) zu Verständnisschwierigkeiten bei PatientInnen und Angehörigen bezüglich der Einordnung der Erkrankung als Krebs führen kann.

Generell soll beobachtet werden, welche Informationen bei der Diagnosemitteilung gegeben werden. Anhand einer kritischen Reflexion soll diskutiert werden, welche Informationen und Erklärungen bei der Diagnosemitteilung notwendig sind und welche ergänzend hilfreich sein können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie benennt und erklärt der Arzt die Erkrankung?

→ Welches Wissen setzt der Arzt bei der Diagnosemitteilung auf Patientenseite voraus?

→ Warum kommt es in Z. 754 zur Nachfrage des Ehemanns?

→ Wie beurteilen Sie den Informationsumfang bei der Diagnosemitteilung?

→ Hätten Sie etwas ergänzt oder weggelassen?

2.3.1 Transkript

Transkriptausschnitt 1: „wir sprechen ja über Krebs?“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin

```
007  A:  ich will mal die SPANnung hh°;
008      äh gleich mal WEGneh[men,]
009  P:                      [ja. ]
010  A:  (0.8) der bereits verMUtete-
011      verDACHT-
012      dass eine lymphOmerkrankung VORliegt-
013      hat sich beSTÄtigt.
014      (0.5) [nja, ]
015  P:        [oKAY.]
016  A:  °hh und ich GLAUB ich hatte ja schon;
017      als SIE:-
018      statioNÄR waren,
019      hatten ma des schonmal thematiSIERT;
020      und da hatte ich auch SCHON;
021      äh ANgedeutet dass es vIEle-
022      verSCHIEdene-
023      ARten von lymphOmerkrankungen gibt;
024      °hh und sie hAben ganz speziELL-
025      ein SOgenanntes-
026      FOLlikuläres lymphom,
027  P:  hm_HM?
028  A:  und ähm das HEIßT,
029      ähm (.) es ist ne erkrankung der LYMPHzellen,
030      und dieses (.) speziELle-
031      vom pathoLOgen diagnostizierte lymphom;
032      heißt also FOLlikulär,
033      °h das beDEUtet °hh;
034      ähm (.) das ist EIne;
035      NICHT so agressives;
036      (0.7) nicht so aggressive erKRANKung ist;
037  P:  hm_HM,
038  A:  ja?
039      °hh die:-
040      man-
041      auch-
042      (0.6) sehr gut beHANdeln kann.
043      (1.7) Abhängig vom STAdium,
044      je nachDEM;
045      kann man sogar auch mal ZUwarten;
```

[15:00 Min.: Der Arzt erklärt, dass eine Behandlung in Form einer kombinierten Chemo-Immuntherapie notwendig ist und die Möglichkeit besteht, die Krankheit zurückzudrängen. Die Patientin fragt außerdem nach, ob eine Begleittherapie möglich ist, was der Arzt jedoch verneint.]

```
753  E:  °hh ähm (.) ANdere frage,
754      (0.6) äh also wir sprechen ja über KREBS,
755      (0.4) [WENN  ]ich das richtig ver[stehe,]
756  A:        [hm_HM,]
757                                       [ja,   ]
```

```
E:  bei,
    (0.7) soweit ich die mediziner richtig verSTANden hab,
    äh äh äh spricht man ja bei krebs immer über
    wahrSCHEINlichkeiten;
    (0.7) und äh ab einem bestimmten proZENTpunkt-
    s_sagt man es ist KREBS;
    (0.5)
A:  hm_HM?
E:  wenn ich das richtig verSTANden [hab; ]
A:                                  [ja,  ]
E:  WENN net-
    (0.6) sagen sie mir dass ich FALSCH lieg;
    °hh ähm (---) kann man hIer en proZENTsatz angeben,
    WO man sagt-
    (0.7) das isch (.) zu siebzig prozent KREBS,
    Oder,
A:  ähm (--) °hh das kann ich ihnen ganz KLAR be[antworten,]
E:                                              [hm_HM;    ]
A:  das ist zu HUNdert prozent [krEbs.]
E:                             [hm_HM.]
    oKAY,
A:  und DA sind wir-
    tatsächlich auf unseren pathoLOgen angewie[sen,  ]
E:                                            [hm_HM-]
    hm_HM;
A:  weil DER muss uns das praktisch-
    GANZ klar sAgen-
    jaWOLL;
    das ist eine (--) BÖSartige;
    eine maLIGne er[krank ][ ung. ]
E:                 [hm_HM;]
                          [hm_HM:]
A:  weil SONST,
    erst DANN,
    (0.6) haben wir auch das RECHT;
    (0.3) eine CHEmotherapie zu machen.
P:  hm_HM,
A:  °hh [und da es GIBT-       ]
E:      [das geSETZliche recht;]
    Oder,
    (0.4)
A:  überHAUPT.
E:  Überhaupt;
A:  überHAUPT.
E:  hm_HM;
    [hm_HM;  ]
A:  [und auch]das Ethische [recht;]
E:  hm_HM;
                           [hm_HM?]
A:  ja.
E:  oKAY?
A:  und ähm da GIBTS das;
    sie haben RECHT;
    es gibt DURCHaus mal so fälle-
    wo das ganz SCHWIErig is-
    aber in IHrem fall war es;
E:  hm_HM;
A:  (0.5) ziemlich EINfach für den pathologen.
E:  [hm_HM;  ]
```

```
816  A:  [außerdem] ist er sowiesO ein lymphomspeziaLISCHT;
817      ein [AUS   ]gezeichneter;
818  P:      [hm_HM;]
819  A:  in DEU’;
820      mIndeschtens in DEUTSCHland.
821  P:  [oKAY,]
822  E:  [oKAY;]
823      (0.6)
824  A:  und von DAher-
825      ähm [kann man] das ganz klar mit JA beantworten.
826  E:      [hm_HM;  ]
827      hm_HM.
```

2.3.2 Analyse

Zeilen 007-015

Der Arzt begründet zunächst, warum er direkt mit der Diagnosemitteilung das Gespräch beginnt (Z. 007-008). Er nimmt Rückbezug auf den Verdacht, der bereits bestand und teilt der Patientin die Diagnose einer Lymphomerkrankung mit (Z. 012).

Erläuterungen

Durch Bezugnahme auf den Verdacht kontextualisiert der Arzt den bisherigen Untersuchungsverlauf und reaktiviert negative Annahmen bezüglich der Erkrankung, sodass sich die Patientin auf eine schlechte Nachricht einstellen kann. Bei der Diagnosemitteilung nennt der Arzt den Fachterminus, der nicht weiter erläutert wird. Die Patientin gibt durch „oKAY.“ (Z. 015) ein Rückmeldesignal. Unklar ist aber, was sie mit einer Lymphomerkrankung verbindet.

Zeilen 016-027

Der Arzt bezieht sich auf den vorherigen stationären Aufenthalt der Patientin und darauf, dass er schon damals davon gesprochen hat, dass es verschiedene Arten von Lymphomerkrankungen gibt. Er teilt der Patientin mit, dass es sich bei ihrer Erkrankung speziell um ein follikuläres Lymphom handelt (Z. 025-026).

Erläuterungen

Durch den Rückbezug des Arztes auf den stationären Aufenthalt und die damalige Erläuterung zu verschiedenen Arten der Lymphomerkrankungen koppelt er die Diagnose an Informationen aus vergangenen Interaktionen. Bei der Spezifizierung der Art der Erkrankung nutzt der Arzt jedoch erneut ausschließlich die Fachbezeichnung. Der Arzt gibt an, dass es verschiedene Arten der Krankheit gibt, erläu-

tert diese aber nicht weiter und erklärt auch nicht, inwieweit sich diese unterscheiden. Dadurch, dass keine weiteren Erklärungen angeboten werden, kann es für die Patientin schwierig sein, ihre spezielle Erkrankung einzuordnen. Der Arzt geht von einem vorhandenen Fachwissen über Termini bei der Patientin aus, das möglicherweise nicht vorhanden ist. Es ist unklar, ob die gegebenen Informationen für die Patientin ausreichen, da die Patientin nur minimale Rückmeldungen gibt („hm_HM?“, Z. 027) und diese zudem einen steigenden Tonhöhenverlauf aufweisen. Wenn keine weiteren Erläuterungen oder verständnissichernde Nachfragen des Arztes folgen, kann dies dazu führen, dass die Patientin über das gesamte Gespräch hinweg ihre Diagnose nur sehr oberflächlich begreift bzw. falsche Vorstellungen dazu aufbaut.

Zeilen 028-037

Der Arzt erklärt, dass es sich um eine Erkrankung der Lymphzellen handelt. Er verweist darauf, dass der Pathologe die Erkrankung diagnostiziert hat und stuft sie als eine nicht so aggressive Erkrankung (Z. 036) ein.

Erläuterungen

Bei seiner Erklärung nutzt der Arzt fast identische Termini wie bei der Krankheitsbezeichnung selbst, sodass diese Erklärung wenig Variation zur Benennung bietet. Die Einstufung der Erkrankung in Bezug auf die Aggressivität bietet für die Patientin eine erste Möglichkeit, den Schweregrad und die Auswirkungen ihrer Erkrankung einordnen zu können. Dies ist wichtig, um auch die damit verbundenen Folgen einschätzen zu können; in diesem Fall, dass es sich um eine nicht so aggressive Erkrankung handelt (im Gegensatz bspw. zu einer *sehr* aggressiven).

Zeilen 753-777

Der Ehemann der Patientin fragt nach mehr als der Hälfte des Gesprächs (15:39 Min.), inwieweit es sich um eine Krebserkrankung handelt. Ihm scheint nicht klar zu sein, dass ein *Follikuläres Lymphom* eine Krebserkrankung ist. Er manifestiert mehrfach seinen Laienstatus und seine Unsicherheit (Z. 759, 765, 767-768), die auch durch Pausen und Verzögerungssignale markiert wird (Z. 753-755, 758-763, 767-772). Die Frage, zu welchem Prozentsatz es sich bei der Krankheit seiner Frau um Krebs handelt, beantwortet ihm der Arzt eindeutig mit „HUNdert prozent“ (Z. 775).

Erläuterungen

Der Beitrag des Ehemanns zeigt, dass eine reine Bezeichnung der Krankheit durch Fachtermini nicht ausreichend Informationen für die Betroffenen bietet, diese aber erst spät oder möglicherweise gar nicht Nachfragen stellen. Die Verwendung der Krankheitsbezeichnung *Krebs* ist eine Möglichkeit, PatientInnen und ihren Angehörigen klarzumachen, um was für eine ernstzunehmende Erkrankung es sich handelt. Dies sollte gleich zu Beginn des Gesprächs geschehen, um eine gleiche Wissensgrundlage als Basis des Gesprächs herzustellen.

Zeilen 778-807

Der Arzt verweist auf den Pathologen und erklärt, dass das gesetzliche und ethische Recht zur Behandlung nur vorliegt, wenn ebendiese Diagnose feststeht.

Erläuterungen

Der Arzt nutzt den Verweis auf den Pathologen als Absicherungsstrategie für sich selbst. Dies ist insofern positiv zu bewerten, als er der Patientin verdeutlicht, dass er nicht allein für die Diagnosestellung verantwortlich ist, sondern ein Ärzteteam zusammenarbeitet. Der Patientin kann dies, zusammen mit dem Verweis auf das Gesetz, Sicherheit vermitteln und Vertrauen schaffen.

Zeilen 808-826

Der Arzt bestätigt den Ehemann in dessen Annahme zu Wahrscheinlichkeiten (Z. 809), indem er angibt, dass es Zweifelsfälle gibt, die Diagnose der Patientin aber nicht dazu zählt. Er verweist erneut auf den Pathologen,lobt ihn und hebt dessen Kompetenzen hervor.

Erläuterungen

Auch wenn der Arzt auf die Nachfrage des Ehemanns eingeht, geht aus seinen Angaben nicht hervor, was die angesprochenen Zweifelsfälle ausmacht und wie diese in Zusammenhang mit prozentualen Wahrscheinlichkeiten stehen. Eine solche Erläuterung wäre für Patientin und Ehemann allerdings hilfreich, um bisherige Annahmen über die Beschaffenheit von Krebs zu ergänzen und zu systematisieren.

2.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Umgang mit fachspezifischen Krankheitsbezeichnungen und dem Begriff *Krebs*

Die Nennung der fachspezifischen Krankheitsbezeichnung ist zum einen dadurch bedingt, dass für ÄrztInnen diese Termini zum ‚alltäglichen' Sprachgebrauch gehören, zum anderen ist es für die PatientInnen wichtig, dass sie ihre Krankheit mit dem korrekten Fachbegriff benennen können. Manchmal vermeiden es ÄrztInnen auch, eine Krankheit explizit als *Krebs* zu benzeichnen. Jedoch führt die Nennung von Fachtermini u.U. nicht zum gewünschten Krankheitsverständnis bei den PatientInnen. Eine unzureichende Erläuterung einer fachspezifischen Krankheitsbezeichnung kann zu falschem Krankheitsverständnis führen.

Handlungsempfehlungen

- Zu Beginn des Gesprächs klarstellen, dass es sich bei der Erkrankung um Krebs handelt
- Nennung der fachspezifischen Krankheitsbezeichnung in Verbindung mit ergänzenden Erläuterungen zur alltagssprachlichen Einordnung der Krankheit
- Nachfragen zum Krankheitsverständnis der PatientInnen
- PatientInnen die Diagnose zum Abgleich des Verständnisses mit eigenen Worten paraphrasieren lassen

Einordnung der spezifischen Erkrankung, bei Bedarf Vergleiche/Erläuterungen zu möglichen Unterarten/Ausprägungen der Krankheit

Die Nennung verschiedener Ausprägungen einer Erkrankung kann den PatientInnen helfen, einen Überblick zu bekommen, um die eigene Erkrankung darin zu verorten. Bleibt die Einordnung des individuellen Falls jedoch aus, sind die Informationen über die verschiedenen Ausprägungen der Erkrankung wenig hilfreich für die PatientInnen. Bei der Einordnung der spezifischen Erkrankung sollte darauf geachtet werden, dass Vergleichswerte klar definiert sind. Falls diese mehrdeutig sind (z.B. *aggressiv*), kann dies von PatientInnen u.U. nicht so aufgefasst werden, wie es von den ÄrztInnen intendiert war.

Handlungsempfehlungen

- Vorab reflektieren, ob der Vergleich mit anderen Krankheitsarten sinnvoll erscheint
- Nennung von verschiedenen Krankheitsarten immer inklusive Einordnung der Erkrankung der PatientInnen
- beim Vergleich von Krankheitsarten stets die gleichen Vergleichswerte nehmen (z.B. *Aggressivität*)
- Bedeutungen von Vergleichswerten/Einstufungen thematisieren
- Skalierungen von Vergleichswerten aufzeigen und Erkrankung einordnen

Wissen Dritter

PatientInnen schöpfen ihr Wissen häufig aus dem Wissen dritter Personen oder aus den Medien. Dieses Wissen ist jedoch möglicherweise fehlerhaft und/oder unzureichend. Ohne Bearbeitung und Einordnung dieses Wissens kann es zu falschen Annahmen bezüglich der Erkrankung kommen.

Handlungsempfehlungen

- Wissen der PatientInnen in das Gespräch einbinden und bearbeiten, zu Fachbegriffen in Verhältnis setzen und ggf. richtigstellen

2.4 Modul 2: Bewertung und Einstufung der Krankheit

▶ Kontextinformation

Am Gespräch nehmen der Arzt und der 58-Jährige Patient teil, der zum Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs bereits seit 102 Tagen stationär in der Klinik ist. In dieser Zeit wurde ihm die Milz entfernt, auch um letztlich zur Diagnosestellung zu gelangen. Obwohl die Diagnose noch nicht vollständig sicher ist, ist der Arzt von der Diagnose der LGL-Leukämie überzeugt. Aufgrund der Milzentfernung ist zunächst keine weitere Behandlung angesetzt, eine stetige engmaschige Beobachtung ist jedoch ebenso notwendig wie eine eventuelle immununterdrückende Behandlung. Der Patient fragt nach dem Ursprung der Erkrankung und der Arzt erklärt, dass es sich vermutlich um eine genetische Veränderung der Zellen handelt, die aber nicht weitervererbt wird. Im Anschluss daran (Minute 12:50 von 20:55) setzt der Gesprächsausschnitt ein.

▶ Analytischer Fokus

Anhand von *Transkriptausschnitt 2* soll gezeigt werden, dass PatientInnen sich nicht unbedingt über die Bedeutung der Adjektive *gutartig* bzw. *bösartig* im Klaren sind. Zudem soll dargestellt werden, dass die Einordnung einer Krebserkrankung in eine Skalierung, gerade auch in Verbindung mit der Information, dass keine weitere Behandlung notwendig ist, bei PatientInnen zu Unsicherheit führen kann. Die Nennung von bewertenden bzw. einordnenden Adjektiven bedarf weiterer Erklärung, um PatientInnen die Bedeutung klarzumachen.

▶ Leitfragen für die Analyse:

→ Wie kommt es zur Nachfrage des Patienten in Bezug auf die Adjektive *gut-* und *bösartig*? Wie stehen die Adjektive im Verhältnis zum Adjektiv *günstig*?

→ Wie unternimmt der Arzt eine Einordnung der Krankheit?

→ Welche Bedeutungsaushandlung findet statt?
Wie erfolgt diese sequenziell?

2.4.1 Transkript

Transkriptausschnitt 2 : „Krebs ist immer bösartig“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient

```
546  A:  (--) °h jetzt HAM_wir ja drüber gesprochen,
547      ich habs gleich am ANfang gesagt;
548      es ist schon als KREBSerkrankung;
549      wenn auch als !GÜNS!tige;
550      die man [jetzt erst mal GA:]:R nicht behande[ln muss;]
551  P:          [isch_ISCH des,    ]
552                                                  [isch des] eine
         BÖSartige,
553      oder eine GUTartige?
554  A:  krebs ist IMmer bösartig;
555  P:  IMmer bösartig;
556  A:  KREBS ist immer bösartig;
557      aber es ist trotzdem eine GÜNStige,
558      (-) erKRANKungsform,
559      DIE wir,
560      (1.4) beSTIMMT,
561  P:  ja;
562  A:  GANZ ganz lange gut im griff haben werden;
563      (--) ja?
```

2.4.2 Analyse

Zeilen 546-550

Der Arzt resümiert die Krebsdiagnose und stuft die Krankheit ein („wenn auch als !GÜNS!tige;“, Z. 549). Er erklärt, dass zunächst keine weitere Behandlung notwendig ist.

Erläuterungen

Der Fokusakzent auf dem Begriff *KREBS* (Z. 548) zeigt an, wie wichtig es dem Arzt ist, dass der Patient seine Erkrankung und deren Ernsthaftigkeit versteht. Dies ist ein ausschlaggebendes Moment bei der Diagnosemitteilung, da die Einstellung der PatientInnen gegenüber ihrer Erkrankung sich entscheidend auf ihre Adhärenz auswirken kann. Mit seinen folgenden Ausführungen macht der Arzt dem Patienten allerdings Mut und baut ihn emotional auf, was für die psychische Befindlichkeit des Patienten und eine entsprechend positive Perspektive auf potenziell anstehende therapeutische Maßnahmen ebenfalls von großer Bedeutung ist.

Zeilen 551-562

In Bezug auf die vorherigen Ausführungen des Arztes möchte der Patient wissen, ob es sich um eine gutartige oder bösartige Erkrankung handelt. Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass Krebs immer bösartig sei, die Erkrankung des Patienten aber trotzdem günstig einzuschätzen sei.

Erläuterungen

Die Nachfrage des Patienten zeigt seine Unsicherheit bezüglich der Termini *gut-* bzw. *bösartig*. Ihm ist nicht klar, dass seine Krankheit *Krebs* bösartig ist. An dieser Stelle empfiehlt es sich, zusätzlich zu der Angabe, dass eine Krebserkrankung immer bösartig ist, darauf darauf einzugehen, was unter den Adjektiven *gut-* bzw. *bösartig* im medizinischen Kontext generell zu verstehen ist. Ähnliche Vorsicht ist beim Gebrauch der Adjektive *positiv/negativ* geboten (z.B. kann ein positiver Befund eine schlechte Diagnose sein). Möglicherweise ist die Unsicherheit des Patienten aber auch darauf zurückzuführen, dass der Arzt in einem Satz die Krebserkrankung in Beziehung zur günstigen Form der Erkrankung setzt bzw. der Patient vermutet, eine gutartige Erkrankung zu haben, weil vorerst keine Behandlung vonnöten ist. Für den Patienten ist ggf. nicht klar, was das Adjektiv *günstig* in diesem Fall für ihn bedeutet und wie es im Verhältnis zu *gutartig* und *bösartig* steht. Der Arzt sollte klar zwischen den verschiedenen Ebenen der Einstufung differenzieren (günstige *Form* der Erkrankung, die aber *bösartig* ist).

2.4.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Differenzierung zwischen gut- und bösartigen Erkrankungen

PatientInnen wissen möglicherweise von Dritten oder aus den Medien, dass in der Medizin zwischen *gut-* und *bösartig* unterschieden wird. Jedoch wissen sie ggf. nicht genau, auf welche Erkrankungen bzw. Befunde dies zutrifft. Problematisch wird es, wenn sie die Schwere ihrer eigenen Krankheit nicht erkennen oder falsch einschätzen.

Handlungsempfehlungen

- Die Bedeutung der Adjektive *gutartig* bzw. *bösartig* im medizinischen Kontext erläutern
- Verdeutlichen, dass Krebserkankungen immer *bösartig* sind und inwieweit sich *gutartige* Erkrankungen davon unterscheiden
- Beschreibungsebenen klarstellen: eine *gutartige* bzw. *bösartige* Erkrankung ist nicht mit ihrem relativen Schweregrad zu verwechseln (in dieser Hinsicht kann auch eine *bösartige* Erkrankung vergleichsweise *günstig* sein)

bewertendes Adjektiv *günstig*

Die Verwendung des Adjektivs *günstig* in Verbindung mit der Diagnose *Krebs* kann den PatientInnen zu verstehen geben, dass sie zwar an Krebs erkrankt sind, aber im Schlechten noch das Gute ‚erwischt' haben. Wird *günstig* jedoch nicht weiter spezifiziert, kann es zu Bedeutungsverstehensproblemen hinsichtlich der Schwere und Ernsthaftigkeit der Diagnose kommen.

Handlungsempfehlungen

- Bei bewertenden bzw. skalierenden Adjektiven zusätzlich erläutern, was die praktische Bedeutung für die PatientInnen ist
- Aufpassen, dass alltagssprachlich als verwandt interpretierbare Begriffe wie etwa *günstig* und *gutartig* nicht im Rahmen einer fachsprachlichen Beschreibung durcheinandergeraten
- PatientInnen die Ernsthaftigkeit einer Krebserkrankung bewusst machen, auch wenn zunächst keine weitere Therapie notwendig ist

Ernsthaftigkeit vermitteln, aber Mut machen

ÄrztInnen haben die Aufgabe, zum einen die Ernsthaftigkeit einer Erkrankung zu vermitteln, zum anderen aber auch den PatientInnen Mut zu machen *(Das Gute im Schlechten)*. Es kann eine Herausforderung für ÄrzteInnen darstellen, beides gleichermaßen zu fokussieren, sodass PatientInnen sich ihrer Situation bewusst werden, aber gleichzeitig Hoffnung schöpfen.

Handlungsempfehlungen

- Ernsthaftigkeit einer Erkrankung erklären und verdeutlichen, was dies in Bezug auf die notwendigen (Therapie-)Maßnahmen bedeutet
- Klar differenzieren, was positiv bzw. negativ bezüglich der Erkrankung zu sehen ist
- PatientInnen bewusst machen, dass sie ernsthaft erkrankt sind, aber zugleich Hoffnung geben und Mut zusprechen
- Auf weitere psychologische und seelsorgerische (sowie weitere) Hilfsangebote verweisen
- Auf weitere Informationsangebote verweisen

2.5 Modul 3: Skalierungen und Graduierungen von Krebserkrankungen

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch zwischen einem Arzt und einem 63-Jährigen Patienten. Vor Einsetzen des Gesprächsausschnitts wird dem Patienten vom Arzt das Ergebnis der Feinnadelpunktion mitgeteilt: ein Non-Hodgkin-Lymphom. Der Arzt weist mehrfach darauf hin, dass der Patient vermutlich Schwierigkeiten hat, alles zu verstehen und schließt diesen Äußerungen Erklärungen an. Direkt nach der Erklärung des Ursprungs des Begriffs *Non-Hodgkin-Lymphom* mit Verweis auf den Erstbeschreiber setzt der vorliegende Ausschnitt ein.

▶ Analytischer Fokus

Transkriptausschnitt 3 soll zeigen, dass PatientInnen eigenes Wissen in Bezug auf ihre Krankheit bzw. Diagnose mitbringen, das aber einer Einordnung und ggf. Bearbeitung durch den Arzt bedarf. Ansonsten bleiben Fragen und Probleme der PatientInnen ungeklärt, was sich ggf. auch auf den weiteren Umgang mit der Erkrankung und auf die Therapie auswirkt. Es soll dargestellt werden, dass der bloße Hinweis auf die Asymmetrie zwischen ExpertInnen und LaiInnen im Aufklärungsgespräch nicht ausreicht, sondern Erklärungen in Bezug auf potenziell schwierige (medizinische) Konzepte nützlich sein können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Inwiefern unterscheidet sich das Wissen des Arztes vom Wissen des Patienten?

→ Woran lassen sich Wissensunterschiede zwischen Arzt und Patient erkennen?

→ Wie und von wem wird das Gespräch primär gesteuert?

→ Wie zeigt der Patient an, ob die Informationen für ihn ausreichen?

→ Hätten Sie Informationen ergänzt oder weggelassen?

2.5.1 Transkript

Transkriptausschnitt 3: „es gibt Stadien und es gibt Graduierungen“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient

```
110  A:  °hh Endgültig sagt der pathoLOge;
111      es handelt sich um ein follikuLÄres;
112      non hOdgkin lymPHOM.
113  P:  hm_HM,
114  A:  grad ZWEI.
115  P:  grad ZWEI;
116  A:  die graduierung ist auch wieder ne FEINunterteilung.
117  P:  ja.
118      ich hab fast nur gehört (.) es gä würde vier
         STÜCK geben,
119      (-) hab ich geLEsen.
120  A:  es gibt STAdien und es gibt graduIErungen.
121  P:  [hm_HM,]
122  A:  [und je] nachDEM.
123      welche (---) klassifikation sie Angucken gibts
         unterschiedliche (-) FEIN (1.0) einstufungen.
124      es ist zu akaDEmisch ((lacht)).
125  P:  [ja ES-           ]
126      [((jemand hustet))]
127  A:  sie ham ne erkrankung die bei IH:nen (---);
128      insbesondere auf den KNOchen bezogen ist (.).
129      und im knochen tuts auch WEH.
130  P:  hm_HM.
131  A:  °hh und bei ihnen isses so dass wir KEIne (-),
132      auswirkungen auf LYMPHknoten gefunden haben (---);
133      und keine ausdehnung ins knochenMARK.
134      sodass es EIgentlich beschränkt ist in den bereich UNten.
135  P:  hm_HM.
136  A:  in der bIldgebung leuchtet es auch noch in Anderen
         wirbelkörpern leicht AUF,
137      aber das sieht man nur in der BILDgebung da ham sie kEIne
         beschwerden.
138  P:  hm_HM.
```

2.5.2 Analyse

Zeilen 110-114

Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass es sich bei seiner Erkrankung um ein follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom Grad 2 handelt (Z. 110-114).

Erläuterungen

Der Arzt nennt dem Patienten die fachspezifische Krankheitsbezeichnung und die Graduierung *Grad 2*, ohne jedoch darauf einzugehen, auf welche Art der Graduierung bzw. welche Skala er sich bezieht.

Zeilen 115-119

Der Patient greift aus der Aussage des Arztes den *Grad* der Erkrankung heraus und wiederholt diesen. Der Arzt reagiert darauf, indem er die Graduierung als Feinunterteilung klassifiziert. Der Patient ratifiziert diese Äußerung durch „ja.“ (Z. 117) und bringt dann sein eigenes Wissen diesbezüglich ein. Von Dritten hat er erfahren, dass die Skalierung vierstufig sei.

Erläuterungen

In der durch die Wiederholung des Patienten initiierten Bearbeitung des Grads bzw. der Graduierung, wird diese als *Feinunterteilung* kategorisisert. Dass dies für den Patienten jedoch nicht als ausreichende Information betrachtet wird, zeigt sich dadurch, dass dieser selbst einbringt, was er zur Unterteilung gehört hat. Dies wird von ihm mehrfach durch Unsicherheitsmarkierungen gerahmt, wie durch die Verwendung des Konjunktivs („es gä“, d.h. *es gäbe*, bzw. „ würde“; Z. 118), durch Pausen sowie den Verweis auf nicht genannte Dritte („ich hab fast nur gehört“; Z. 118, im Folgenden ersetzt durch „hab ich geLEsen.“; Z. 119). Die fallende Tonhöhe zeigt, dass der Redebeitrag für den Patienten nun abgeschlossen ist und einer Bearbeitung durch den Arzt bedarf.

Zeilen 120-124

Der Arzt geht auf das Wissen des Patienten ein, indem er darauf verweist, dass es sowohl Stadien als auch Graduierungen gibt. Er schließt seinen Redebeitrag mit dem Kommentar ab, dass diese Diskussion aber zu akademisch sei (Z. 124).

Erläuterungen

Der Arzt versucht, dem Patienten sein Expertenwissen zu vermitteln, indem er darauf verweist, dass Graduierungen und Stadien unterschiedliche Klassifikationssysteme sind. Er geht jedoch nicht auf die vom Patienten genannte Zahl *vier* ein. Dadurch wird es dem Patienten nicht ermöglicht, seine Krankheit einzustufen und zu wissen, welche Skala Grundlage der Graduierung *Grad 2* ist. Er weiß lediglich, dass es mehrere Klassifikationssysteme gibt, aber nicht, was diese bedeuten bzw. unterscheidet. Durch den Abschluss des Redebeitrags mit der Aussage, „es ist zu akaDEmisch ((lacht))." (Z. 124) verdeutlicht der Arzt seinen Status als Experte im Gegensatz zum Patienten als Laie.

Zeilen 125-138

Der Patient setzt an, auf die Einschätzung des Arztes („es ist zu akaDEmisch ((lacht))."., Z. 124) einzugehen („ja ES", Z. 125), kann seinen Beitrag jedoch nicht abschließen, da er vom Arzt unterbrochen wird. Dieser erklärt die Krankheit und deren Ausbreitung im Körper im Folgenden weiter, geht jedoch nicht mehr auf Graduierungen ein.

Erläuterungen

Der Arzt lässt den Patienten seinen Redebeitrag nicht zu Ende führen. Dadurch ist es dem Patienten nicht möglich, seine Fragen zu stellen oder Anmerkungen zu machen. Während das Thema Graduierung für den Arzt abgeschlossen ist, bleiben für den Patienten möglicherweise Fragen offen. Auch wenn der Patient nicht weiter nachfragt, wird eine tiefergehende Erläuterung durch den Arzt dadurch als nicht relevant eingestuft.

Der Arzt beginnt ein neues Gesprächsthema, ohne mit dem Patienten abzugleichen, dass dieser das Thema Graduierung auch als beendet ansieht und ausreichend Informationen erhalten hat. Der Patient passt sich diesem Themenwechsel an.

2.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Skalierungen

Beim Verstehen von Werten innerhalb von Skalierungen ist die Grundvoraussetzung, dass sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen die Skala kennen. Da dies normalerweise nicht der Fall ist, kann es zu Problemen kommen, wenn ÄrztInnen Skalenwerte nennen, ohne auf die Gesamtskala einzugehen. PatientInnen wissen dann nicht, wie ihre individuellen Werte einzuschätzen sind. Eine reine Nennung der Wissensasymmetrien bzw. des Expertenstatus der ÄrztInnen kann ggf. dazu

führen, dass sich PatientInnen in ihre Rolle als Laie zurückziehen und auf zielführende (Verständnis-)Nachfragen verzichten.

Handlungsempfehlungen

- Bei Skalierungen prüfen, ob PatientInnen die Skalierung und deren Bedeutung kennen und immer zuerst die gesamte Skala (z.B. *Grad 1,2,3 und 4*) und den individuellen Wert der PatientInnen (z.B. *Grad 2*) nennen
- Zusätzlich zur Skalierung die Bedeutung des Wertes erklären, gerade auch mit Blick auf die alltagsweltlichen Relevanzen der PatientInnen
- Wissensasymmetrien thematisieren und versuchen, Wissensbestände durch Erklärungen anzugleichen

Wissen von PatientInnen einbinden und bearbeiten

PatientInnen bringen häufig Wissen in Bezug auf ihre Krankheit ein. Das Wissen, das sie z.T. über Dritte (Bekannte, Familie, FreundInnen, Medien, vor allem Internet) erhalten haben, ist möglicherweise aber fehler- oder lückenhaft. Hinzu kommt, dass die Bedeutung von Fachausdrücken nicht immer klar ist. Eine fehlende Bearbeitung durch ÄrztInnen kann zu dauerhaft falschen oder unzureichenden Annahmen bei PatientInnen führen.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen Raum geben, ihr Wissen zu äußern, um dieses dann ggf. zu modifizieren und anzupassen
- PatientInnen danach ihre Erkenntnis/ihr Verständnis von der Krankheit in eigenen Worten zusammenfassen lassen

2.6 Modul 4: (Unsicheres) Wissen einbringen, bearbeiten und aushandeln

▶ Kontextinformation

Die folgenden Ausschnitte stammen aus einem Gespräch zwischen einem Arzt und einem 71-Jährigen Patienten sowie dessen Ehefrau. Das Gespräch beginnt mit einer Begrüßung, zudem wird kurz die Aufnahme des Gesprächs angesprochen. Es folgt der Bezug auf die Vorgeschichte des Patienten, insbesondere die bisherigen Untersuchungen. Im Anschluss daran setzt *Transkriptausschnitt 4* ein.

Zwischen dem ersten und dem zweiten Teilausschnitt vergehen ca. 7 Minuten. In dieser Zeit geht es um die Therapieplanung und diesbezügliche Fragen seitens des Patienten und dessen Ehefrau. Danach setzt der zweite Teilausschnitt ein.

▶ Analytischer Fokus

Anhand von *Transkriptausschnitt 4* soll gezeigt werden, wie Patienten bzw. deren Angehörige (ungesichertes) Wissen in das Gespräch einbringen und wie diesbezügliche Begriffsbedeutungen interaktional ausgehandelt und eingeordnet werden.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie erklärt der Arzt dem Patienten und dessen Ehefrau die Diagnose?

→ Würden Sie etwas ergänzen oder weglassen?

→ Wie bringt die Ehefrau ihr Wissen ein?

→ Wie wird dieses Wissen vom Arzt angenommen bzw. bearbeitet?

→ Wie werden Begriffsbedeutungen interaktional ausgehandelt und eingeordnet?

→ Inwieweit zeigt sich der Status von Experten und Laien im Gespräch?

2.6.1 Transkript

Transkriptausschnitt 4: „ein sogenanntes Adenokarzinom“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient, E: Ehefrau des Patienten

```
050  A:  und wir HAM jetzt- (.)
051      die feingewebliche unterSUchung,
052      dieses präparats beKOMmen;
053      (-)
054  A:  °hh der pathoLOge-
055      (---)
056  A:  beSTÄtigt den verdAcht,
057      (--)
058  A:  dass eine bÖsartige erKRANkung (.) vorliegt;
059      (--)
060  P:  hm_HM;
061  A:  HATten wir ja-
062      im vorfeld auch schon erWÄH:NT,
063  P:  [ja-]
064  E:  [ja-]
065  P:  hm_HM,
066  A:  diese information HAM_se,
067      es ist ein sOgenanntes aDEnokarzinom,
068      ein-
069      (1.2)
070  A:  KREBS de:r-
071      °hh[h     ] von (.) DRÜsengewebe auszugehend-=
072  P:     [hm_HM-]
073  A:  =es isn (.) TYpisches beispiel,
074      (-)
075  A:  eines DICKdarmkrebses;
076  P:  hm_HM,
077  A:  °hhh
078      (---)
079  A:  dieser KREBS,
080      (.) führt vor ort zu einer verENGung des dArmlumens,
081      (1.0)
082  P:  hm_HM,
083  A:  °h
084      (1.2)
085  A:  und-
086      (1.0)
087  A:  ZUsätzlich-
088      (---)
089  A:  sieht man in der BILDgebung,
090      strEuherde in der LEber;
091      (1.5)
092  P:  ja-
093      (2.1)
094  A:  was bedeutet das für SIE:,
095      (--)
096  A:  es bedeutet für SIE?
097      dass man mehrere behAndlungsschritte (.) empFIEHLT;
098      (1.0)
099  P:  hm_HM;
```

[Ca. 7 Min.: In dieser Zeit geht es um die Therapieplanung und diesbezügliche Fragen seitens des Patienten (P) und dessen Ehefrau (E).]

```
E:  °hh ähm (.) des gibt verschIEdene KREBSar:ten-
    hab ich mir SAgen lassen;
    (aw) verschiedene GRA:D der-
    (--)
    der erKRANkung oder de'- (.)
    des KR[EBS-]
A:        [°hh ][h ]
E:              [°h]h [ähm-  ]
A:                    [er hat] ein aDEnokarzinom;
    (---)
E:  und WAS:[:- ]
A:          [das] Ist der STANdardtumor;
    der HÄUfigste tumor,
    (--)
    im DARMbereich.
P:  hm_HM;
E:  hm_HM;
    (1.0)
    <<p>oK[AY- ]>
A:        [über] den ich jetzt auch geSPROchen habe.
E:  hm_HM-=
P:  =hm_[HM-     ]
A:      [<<p>ja?>]
P:  ja:=
A:  =und weil sie_s vom AUSbreitunsgrad haben-
    da meinen sie SICHerlich-
    den strEugrad über den KÖRper?
E:  ja o[der ] die TIEfe des-
P:      [^hm;]
    es soll verschiedene TIEFwerte beim-
    (--)
A:  da MEInen sie,
    (--)
    poLYpen?
    (--)
E:  °h[hh hhh°                          ]
A:    [die mehr oder minder KRANK sind,]
    und in die DARMwand einwachsen.
P:  hm_HM-
E:  ds kann [SEIN    ] ja:;
P:          [<<p>ja->]
P:  hm_HM-
    [ja_JA- ]
E:  [dis:::-]
E:  [(ich/is)-]
A:  [is::-    ]
A:  [das  ] ist schon überSCHRITten;
E:  [(xxx)]
A:  weil es schon geSTREUT hat;
E:  ach so o[KAY; ]
P:          [hm-  ]
P:  ja_JA-
    hm_HM-
A:  [ja? ]
E:  [gut-]
```

```
557       ja-
558       (1.0)
559   P:  ((schnalzt))
560       oKAY; (--)
```

2.6.2 Analyse

Zeilen 050-078

Unter Berufung auf den Pathologen (Z. 054) teilt der Arzt dem Patienten mit, dass es sich um eine bösartige Erkrankung handelt (Z. 058) und ihm diese Information bereits bekannt sein müsste (Z. 061-066). Der Arzt nennt den Fachterminus der Erkrankung (Z. 067), führt weitere Erklärungen zur Erkrankung aus (z.B. den Ursprungsort, Z. 071) und deklariert die Erkrankung als „TYpisches beispiel“ (Z. 073) eines Dickdarmkrebses.

Erläuterungen

Der Arzt nennt den Fachterminus der Krankheit und recht allgemeine Erläuterungen wie den Ursprungsort und dass es sich um eine typische Erkrankung handelt. Der Patient gibt zwar Rückmeldesignale (Z. 060, 063, 065, 072), aber dies muss nicht unbedingt bedeuten, dass die Informationen für ihn ausreichen bzw. hilfreich sind.

Zeilen 079-99

Der Arzt nennt die Folgen des Krebses (Z. 080) und erklärt, dass es schon Streuherde in der Leber gibt. In Bezug auf das weitere Vorgehen verweist er darauf, dass mehrere Behandlungsschritte empfohlen werden (Z. 097).

Erläuterungen

Der Patient gibt während der Diagnosemitteilung nur minimale Rückmeldesignale (Z. 082, 092, 099). Ohne dass dem Patienten Zeit gelassen wird, die Informationen zu verarbeiten bzw. weitere Fragen diesbezüglich zu stellen, folgt ab Z. 094 ein unmittelbarer Übergang zur Therapieplanung. Es wäre sinnvoll gewesen, von Seiten des Arztes an dieser Stelle verständnissichernde Rückfragen zu stellen und ihm Zeit zu geben, um ggf. selbst Fragen stellen zu können.

Zeilen 502-509

Die Ehefrau führt verschiedene (Fach-)Begrifflichkeiten in das Gespräch ein („KREBSar:ten“, Z. 502; „GRA:D der- (--) der erKRANkung“ (Z. 504, 506) bzw. „des KR[EBS]-“, Z. 507). Sie bezieht sich dabei auf die Aussagen nicht spezifizierter Dritter (Z. 503), kommt jedoch nicht dazu, ihren Beitrag abzuschließen (Z. 509), da der Arzt durch sein Einatmen (Z. 508) bereits das Rederecht beansprucht hat.

Erläuterungen

Der gleichbleibende Tonhöhenverlauf in Z. 507 und die rederechtshaltende Interjektion „ÄHM-“ (Z. 509) deuten einerseits darauf hin, dass die Ehefrau ihren Beitrag fortsetzen möchte. Dies gelingt ihr jedoch nicht, da der Arzt einschreitet und das Rederecht übernimmt. Andererseits könnte „ÄHM-“ (Z. 509) auch ein Hesitationsmarker sein und anzeigen, dass die Ehefrau des Patienten Formulierungsschwierigkeiten hat. In diese Fall wäre die Rederechtsübernahme durch den Arzt von ihr gewünscht. Von den ÄrztInnen wird hier entsprechend ein hohes Maß an Sensibilität für die jeweilige Gesprächssituation gefordert, denn nur zusammen mit nonverbalen Faktoren (Gestik, Blick, Körperhaltung, Stimmqualität) kann eine Entscheidung übeer die interaktionale Funktion dieses Signals getroffen werden. Generell sollten ÄrztInnen jedoch nicht zu früh einzugreifen, um zu vermeiden, dass vom ursprünglichen Anliegen der PatientInnen bzw. Angehörigen abgelenkt wird.

Zeilen 510-525

Der Arzt wiederholt den Fachterminus der Krankheit (Z. 510), was jedoch zu einer (abgebrochenen) Nachfrage der Ehefrau („und WAS::-“, Z. 512) führt. Darauf antwortet er, indem er den Tumor als „STANdardtumor;“ (Z. 513) klassifiziert. Zudem macht er darauf aufmerksam, dass er durchgehend auf diesen Bezug genommen hat (Z. 521).

Erläuterungen

Der Arzt antwortet auf die Frage der Ehefrau lediglich in Form von Wiederholungen und Paraphrasen („ =es isn (.) TYpisches beispiel eines DICKdarmkrebses;“ (Z. 073-075) im Vergleich zu „[das] Ist der STANdardtumor;“ (Z. 513)). Es kommen aber keine neuen Informationen hinzu, die für das Verständnis der Ehefrau hilfreich sein könnten.

Zeilen 526-532

Der Arzt geht im Folgenden auf den (Ausbreitungs-) Grad ein und bringt dies mit der vorherigen Äußerung der Ehefrau in Verbindung (Z. 526, vgl. Z. 504). In Form einer Deklarativsatzfrage („da meinen sie SIcherlich- den strEUgrad über den KÖRper?“, Z. 527-528) schlägt er der Ehefrau eine Interpretation ihres Anliegens vor. Ohne die Zustimmung zur Äußerung des Arztes explizit abzulehnen, lenkt die Ehefrau durch das adversative „oder“ (Z. 529) den Fokus auf die Folgeäußerung um. Das Alternativangebot der Ehefrau („es soll verschiedene TIEFwerte beim-“, Z. 531) bleibt unvollendet.

Erläuterungen

Der Arzt nimmt zwar die Äußerungen der Ehefrau auf, allerdings in Form eines Kompositums, das die Ehefrau in der Form nicht genannt hatte („AUSbreitungsgrad“; Z. 526). Durch die Form der Deklarativsatzfrage (Z. 527-528) legt der Arzt dies als die plausibelste Interpretation nahe, wodurch die Ehefrau aufgrund ihres Laienstatus möglicherweise davor zurückschreckt, ihre eigenen Überlegungen im Gespräch anzubringen. Das Alternativangebot der Ehefrau sowie die Suche nach den passenden Begrifflichkeiten in der Reparatur von „die TIEfe des-“ (Z. 529) durch „verschiedene TIEFwerte beim-“ (Z. 531) sowie das Modelverb „soll“ (Z. 531) zeigen an, dass sich die Ehefrau der Bedeutung und vor allem der Verwendung der Begrifflichkeiten sehr unsicher ist. Die Ehefrau hat sich zwar einzelne Fachtermini angeeignet, sie kann diese aber nicht in den Gesamtzusammenhang einordnen und auch nicht sicher anwenden.

Zeilen 533-544

Der Arzt vollzieht eine weitere Überprüfung seiner Schlussfolgerung („da MEInen sie, (--) poLYpen?“, Z. 533-535), welche dieser im Weiteren erläutert („die mehr oder minder KRANK sind, und in die DARMwand einwachsen.“; Z. 538, 539). Die Ehefrau bestätigt dies, wenn auch unsicher mithilfe eines Modalverbs („ds kann SEIN ja:;“, Z. 541).

Erläuterungen

Obwohl der Arzt diese erneute Überprüfung seiner Interpretation nicht in gleichem Maße als gesichert markiert wie die vorherige (was sich z.B. in den Pausen manifestiert), verleiht der stark fallende Tonhöhenverlauf seiner Deutung Gewicht.

Zeilen 545-560

Die Ehefrau unternimmt einen letzten Versuch, zur Klärung des Begriffs beizutragen („dis:::- (ich/is)-“; Z. 545, 546), der unvollständig bleibt. Der Arzt erklärt ihr, „[das]“ (Z. 548) sei schon überschritten, „weil es schon geSTREUT hat;“ (Z. 550). Unklar ist jedoch, was mit *das* gemeint ist; es wird nicht weiter thematisiert bzw. erläutert. Die Ehefrau gibt durch den Erkenntnisprozessmarker „ach so“ (Z. 551) und dem nachfolgenden „oKAY;“ (Z. 551) zu verstehen, dass für sie die Erklärung ausreicht und das Thema abgeschlossen ist. Durch das Vergewisserungssignal des Arztes („ja?“; Z. 555) und Bestätigungen von Ehefrau und Patient („ja-“; Z. 557; „oKAY;“; Z. 560) wird die Sequenz abgeschlossen.

Erläuterungen

Der gesamte Gesprächsausschnitt ist ein Aushandlungsprozess, der von Unsicherheiten gekennzeichnet ist, sowohl seitens des Arztes als auch der Ehefrau des Patienten. Es zeigen sich Referenzprobleme, da den Beteiligten größtenteils nicht klar ist, worauf sie mit den von ihnen verwendeten Begrifflichkeiten referieren. Wichtig ist es, sich gegenseitig Zeit und Raum zu geben, und Dinge auszuformulieren, damit es nicht zu unvollständigen Äußerungen kommt (Z. 545-546). Ist dies nicht der Fall, dann finden möglicherweise Themen nicht weiter Beachtung, die für PatientInnen relevant sind. Insbesondere seitens des Arztes sollte darauf geachtet werden, das Rederecht nicht zu schnell zu übernehmen und eigene Interpretationen von Äußerungen Patienten und Angehörigen nicht vorschnell ‚in den Mund zu legen‘.

2.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen:

Informationen zum individuellen Krankheitsfall

Für PatientInnen und deren Angehörige sind bei einer Diagnosemitteilung die individuelle Einschätzung und Folgen der Erkrankung von besonderem Interesse. Häufig werden aber vor allem zu allgemeine Informationen gegeben, die die PatientInnen möglicherweise nicht einordnen bzw. mit ihrer eigenen Erkrankung in Verbindung setzen können.

Handlungsempfehlungen

- Individuell relevante Erläuterungen zur Erkrankung zusätzlich zu generischen Aussagen geben
- Wissensbedarfs der PatientInnen mit dem (geplanten) Wissenstransfer abgleichen

Wissen aus ungesicherten Quellen einordnen

PatientInnen und deren Angehörige haben eine Vielzahl von Möglichkeiten, an Krankheitswissen zu gelangen (Freunde, Bekannte, Internet). Dieses Wissen ist oft mit Unsicherheit über die genaue Bedeutung sowie Einordnung und Gebrauch der Termini verbunden. Werden diese Schwierigkeiten nicht von ÄrztInnen geklärt, kann es zu Missverständnissen mit weitreichenden Folgen für den gesamten Gesprächsverlauf und das spätere Therapieverhalten kommen.

Handlungsempfehlungen

- Wissensstand und -bedarf der PatientInnen und Angehörigen klären
- Unsicherheitsmarkierungen bei der Benutzung von (Fach-)Termini beachten und diese ansprechen, einordnen, klären
- Rückfragen zur Verständnissicherung stellen

Rückmeldeverhalten von PatientInnen

PatientInnen geben in Gesprächen häufig zahlreiche bestätigende Rückmeldesignale. Diese zeigen aber nicht unbedingt immer auch das Verständnis an. Durch ein positives Rückmeldeverhalten von PatientInnen kann der Arzt zu dem Schluss kommen, dass die PatientInnen alles verstanden haben, obwohl dies nicht der Fall ist.

Handlungsempfehlungen

- Gezielt nachfragen, ob PatientInnen alles verstanden haben
- PatientInnen Zeit geben, Nachfragen zu stellen
- PatientInnen zur Verstehensüberprüfung einzelne Punkte in eigenen Worten wiedergeben lassen

Hilfestellungen durch den Arzt/die Ärztin

PatientInnen sind sich bei der Benutzung von Fachtermini oder medizinischen Konzepten unsicher, insbesondere, wenn sie das Wissen aus (unsicheren) anderen Quellen haben. ÄrztInnen können die PatientInnen dabei unterstützen, indem sie Formulierungsvorschläge der PatientInnen aufnehmen und fortführen oder alternative Formulierungen anbieten. Falls ÄrztInnen jedoch nicht die richtigen Schlussfolgerungen ziehen und dementsprechend Formulierungshilfen anbieten,

die nicht dem entsprechen, was die PatientInnen gemeint haben, kann dies auch zu Problemen bei der weiteren Wissensaushandlung führen.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen Zeit lassen, Anliegen auszuformulieren; verfrühtes Einschreiten/Unterbrechen bei eigener Wissensdarstellung vermeiden
- Hilfestellungen beim Formulieren anbieten, wenn PatientInnen diesbezüglich Bedarf anzeigen (z.B. durch Häsitationsmarker, Reformulierugen, Abbrüche etc.)
- Vorgeschlagene Termini/Konzepte hinreichend definieren und erklären, sodass PatientInnen besser beurteilen können, ob sie dem entsprechen, was sie im Sinn haben
- Wenn nötig (und möglich), mehrere Formulierungs- bzw. Interpretationsalternativen anbieten

Suggestivfragen

Suggestivfragen von ÄrztInnen bei Bedeutungsaushandlungen (*Da meinen Sie sicherlich...?*) können dazu führen, dass PatientInnen diesen Interpretationen – selbst wenn sich Abweichungen andeuten – eine höhere Gültigkeit zusprechen und deshalb ihre eigene Bedeutungsintention verwerfen. Dadurch wird eine erfolgreiche Verständigung möglicherweise behindert. Hinzu kommt, dass durch Fragen im Aussagemodus der Fragecharakter potenziell verloren geht. Das alles kann dazu führen, dass sich PatientInnen zurücknehmen, auch, da sie sich als LaiInnen schwertun, ÄrztInnen als ExpertInnen zu widersprechen.

Handlungsempfehlungen

- Bei Bedeutungsaushandlungen (zunächst) mit möglichst offenen Fragen operieren:
  Was meinen Sie mit x?
  Meinen Sie x oder y oder etwas anderes?
- Bei offenkundigen Unsicherheiten auf Patientenseite Deklarativsatzfragen – vor allem mit verstärkenden Adverbien (z.B. *sicherlich*) – vermeiden

2.7 Modul 5: Wissensaushandlung bei mehrdeutigen Begrifflichkeiten: Ein Vergleich

▶ Analytischer Fokus

Durch den Vergleich von *Transkriptausschnitt 5* und *6* soll gezeigt werden, wie ÄrztInnen und PatientInnen mit dem mehrdeutigen Adjektiv *aggressiv* im Gespräch umgehen. ÄrztInnen und PatientInnen verbinden zum Teil unterschiedliche Bedeutungen mit der Aggressivität einer Erkrankung oder einer Therapie. Im Gespräch muss daher ausgehandelt werden, was jeweils unter *aggressiv* verstanden wird und wie dementsprechende Äußerungen und Erklärungen zu verstehen sind. Es soll dargestellt werden, welche sprachlichen Möglichkeiten (z.B. in Form von Skalierungen) es gibt, um mehrdeutige Begriffe zu veranschaulichen.

Generell soll dargelegt werden, dass insbesondere bei der Verwendung mehrdeutiger Begrifflichkeiten vorab ein Wissensabgleich zwischen den GesprächsteilnehmerInnen stattfinden muss, um Missverständnisse zu vermeiden.

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 5: Am Gespräch zwischen dem Arzt und der 74-Jährigen Patientin nehmen außerdem der Ehemann der Patientin sowie die Tochter der Patientin teil. Vor Einsetzen des Gesprächsausschnittes bestätigt der Arzt der 74-Jährigen Patientin, dass sie eine Krebserkrankung (Plasmozytom) hat und diese Erkrankung behandelt werden muss. Zudem wird klar, dass die Tochter bereits vor dem Aufklärungsgespräch mit den Ärzten Kontakt in Bezug auf die Diagnosestellung der Mutter hatte. Die dadurch gewonnenen Informationen hat sie zum Teil an ihre Mutter weitergegeben. Der Ausschnitt setzt in Min. 16:05 von 23:29 Min. ein.

Transkriptausschnitt 6: Es handelt sich um ein Gespräch zwischen einem Arzt und einer 77-Jährigen Patientin. Nachdem der Arzt zu Beginn des Gesprächs die Brust der Patientin begutachtet hat, eröffnet er ihr die Diagnose eines bösartigen Tumors. Er erläutert der Patientin die Eigenschaften des Tumors, die zum Teil positiv und zum Teil eher negativ sind. Der Arzt erklärt, dass eine Antikörpertherapie notwendig ist und dass zwar aufgrund ihres Alters zunächst keine Chemotherapie, aber eine Operation geplant sei. Die Patientin fragt, ob es möglich ist, die Brust zu erhalten. Der Arzt antwortet – unter Vorbehalt – dass dies momentan so geplant sei. Im Anschluss daran setzt der Gesprächsausschnitt ein (04:02 von 16:43 Min.).

▶ Leitfragen für die Analyse

Transkriptausschnitt 5

→ Was verstehen Arzt, Patientin und die Tochter der Patientin unter *Aggressivität*?

→ Wodurch zeigen die Patientin und ihre Tochter ihr (Nicht-)Verstehen an?

→ Welchen Bezug zur Alltagswelt stellt der Arzt her?

Transkriptausschnitt 6

→ Wie viele Erklärungsansätze unternimmt der Arzt, um die Frage der Patientin zu beantworten?

→ Wodurch zeigt die Patientin ihr (Nicht-)Verstehen an?

→ Welche anderen Möglichkeiten gibt es, die Frage nach der *Aggressivitä*t zu beantworten? Sind die Informationen ausreichend?

→ Hätten Sie andere Informationen hinzugefügt oder weggelassen?

Vergleich

→ Worin unterscheiden sich die *Transkriptausschnitte 5* und *6*?

→ Wie wird jeweils *Aggressivität* erklärt? Wie wird eine Einstufung vorgenommen?

→ Haben Sie selbst schon Erfahrungen mit verschiedenen Bedeutungen von *Aggressivität* gemacht?

2.7.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 5: „Was kann ich mir dadrunter vorstellen?“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin,
T: Tochter der Patientin

```
011     ((unverständlich ca. 2 Sek.)) man isch ja LAIe;
012     wir sind ja aufm DORF;
013     °hh ja is da die hat KREBS-
014     n_GANZ aggressiver krebs für die,
015     ne,
016     was kann ich mir darunter VORstelle [unter,  ]
017 A:                                      [RICHtig,]
018 P:  nem aggresSIve oder unter einem,
019 E:  ((unverständlich ca. 1 Sek.))
020 P:  ((unverständlich ca. 1 Sek.))
021 A:  [WISsen sie,                      ]
022     [<<lauter> sie haben VOLLkommen-> ]
023 P:  [ (unverständlich ca. 1 Sek.) ich will das jetzt nur WISse,]
024 A:  [<<langsam und deutlich> sie haben VOLLkommen recht.>      ]
025 P:  ja:,
026     [gut. ]
027 A:  [WAS  ] erzähl ich im dorf;
028 P:  ja_JO;=ja:,
029 T:  <<lachend>,>
030 A:  ä::hm-
031 P:  nä [ich will ja NIX erzähle,     ]
032 T:     [nä (unverständlich ca. 1 Sek.]
033     [<<laut> aber   ][EINfach obs ne agressive sOrte isch,>]
034 P:  [aber ich WOLLT ][ja jetzt nur wissen-                 ]
035 A:  [ja_JA,]
036 P:  [ja:,  ]
037 T:  ich mein oftmals hört man ja auch (.) es isch AGgressiv,
038 P:  ja;
039 T:  über n_bekAnnter von uns der hat des a: bekomme es isch
        aggressIv es WAR aggressiv,
040 T:  °hhh (1.0)
041 A:  °h KREBS (-) is Immer aggressiv.
042 T:  °hh aber ich denk es gibt ja auch da HUNdert weiß gott wie
        viel sorte,
043 A:  °hhh hhh°
044 T:  wo man sagt [es is SCHLEIchend und des sch/,]
045 A:              [ja: geNAU,                     ]
046     krebs is IMmer äh: (.) aggressiv,
047     (--) und hat IMmer- (---)
048     die Eigenschaft- (---)
049     WEIter zu wAchsen;
050 P:  hm_hm hm_HM;
051     [<<p> hm_HM;>]
052 A:  [und sich zu ] verGRÖßern;
053 P:  zu verGRÖßern;=
054     [=ja,]
055 A:  [und ] zu wachsen OHne rücksicht auf das was drumherum ist.
056 P:  <<p> hm_HM;>
057 A:  weil das is EIN kriterium von krebs.
058     °h die frAge is mit welcher geSCHWINdigkeit macht der krebs
        das,
```

```
059     ne DArauf woll_n sie ja [wahrscheinlich hinaus,]
060 P:                          [ja: des GUT,          ]
061 T:  [weil dieser TUmor da obe isch ja relativ schnell wachsend,]
062 A:  [<<sehr laut> !DES!halb habe ich gerade gesagt,>           ]
063     °hhh wir haben sieben tage (--) nur mal so in den raum
        geschätzt ZEIT,
064     das alles in ruhe zu PLAnen;
065 P:  zu PLAnen;=ja_ja,
066 A:  [da müssen sie jetzt]keine SORge [haben;       ]
067 P:  [<<pp> hm_HM;>      ]
068                                      [<<p> ja:_JA,>]
069 A:  und WENN wir,=
070     =sie sind ja UNter unserer beobachtung,
071 P:  [ja_JA,    ]
072 A:  [Übermorgen] feststellen oh hoppla,
073     plötzlich werden die nIEren (--) von ihrer LEIStung her
        schlechter;
074 P:  <<pp> hm_HM,>
075 A:  dann können wir auch Ad hoc [°h eine] schonende (.)
        VORbehandlung beginnen;
076 P:                              [hm_HM, ]
077     [hm_HM;    ]
078 A:  [das is (.)] GAR kein thema.
079 P:  [hm_hm hm_HM;]
080 A:  [°hhh        ] ähm ich wollte nur SAgen,
081     sie ham jetzt keinen TUmor wo i_ich (.)mir gedanken machen
        muss,
082     wie fangen wir HEUte abend an?
083 P:  [<<p> hm_HM,> ]
084 A:  [weil wenn ich] heute nicht anfange ist morgen vielleicht zu
        [SPÄT,    ]
085 P:  [morgen zu] SPÄT;=ja,
086 A:  <<langsam und deutlich> SO ist es bei weitem nicht.>
087 P:  hm_HM,
088 A:  dennoch haben sie einen AGgressiven krebs;
089     der schOn (-) knochen [kaPUTT gemacht hat,]
090     ((Stimmen im Hintergrund))
091 P:                        [hm_hm hm_HM,       ]
092     ja_JA,=ja_jA,
```

2.7.2 Analyse A

Zeilen 011-020

Die Patientin positioniert sich als Laie (Z. 011-012) und verweist darauf, wie im Dorf über Krebs geredet wird (Z. 013-014). Ihre konkrete Frage bezieht sich auf die Bedeutung eines *aggressiven* Krebses (Z. 016-018).

Erläuterungen

Die Patientin zeigt ihre Unsicherheit und ihren Laienstatus an, indem sie dies explizit äußert. Bei ihrer zweigliederigen Frage zur Bedeutung von *aggressiv* fehlt die zweite Alternative („nem AGgressive oder unter einem-“, Z. 018). Der Arzt wird an dieser Stelle aufgefordert, die Bedeutung eines aggressiven Krebses für die spezifische Erkrankung der Patientin zu erklären.

Zeilen 021-031

Der Arzt signalisiert der Patientin Verständnis, indem er ihre Frage (bzw. sein Verständnis der Frage) mit seinen Worten wiedergibt (Z. 027). Die Patientin bestätigt zunächst seine Auffassung der Frage (Z. 028), um diese nachfolgend doch als missverstanden zu bewerten („nä [ich will ja NIX erzähle,]“, Z. 031).

Erläuterungen

Der Arzt versteht die Intention der Frage der Patientin falsch: Der Patientin geht es nicht darum, was sie im Dorf erzählen kann, sondern darum, für sich selbst zu klären, was ein aggressiver Krebs bedeutet. Mit dem Verweis auf das Dorf, in dem sie lebt, macht sie lediglich deutlich, dass sie im Gespräch mit anderen Laien mit diversen (fachlichen) Bezeichnungen, wie etwa der Aggressivität von Krebs, konfrontiert wird, diese aber nicht immer einordnen kann.

Zeilen 032-041

Die Tochter spezifiziert durch den Terminus *Sorte* (Z. 033), was die Patientin mit ihrer Nachfrage zur Aggressivität vermutlich gemeint haben könnte; die Patientin bestätigt dies (Z. 036). Die Tochter berichtet, dass sie von Dritten gehört hat, dass diese unter aggressiven (Krebs-)Erkrankungen litten (Z. 037-039). Der Arzt antwortet den beiden, dass Krebs immer aggressiv sei (Z. 041).

Erläuterungen

Die Tochter bringt sich ein, um dem Arzt die Fragestellung der Patientin klarzumachen. Die Einführung des Terminus *Sorte* spezifiziert die Nachfrage, die Erzählung von Bekannten verdeutlicht, dass auch Dritte von Aggressivität sprechen, aber der

Patientin und ihrer Tochter die Bedeutung nicht klar ist. Die Antwort des Arztes ist sehr allgemein. Der Arzt hätte an dieser Stelle weiter nachfragen können, was genau mit *Sorte* gemeint ist, um den Wissensbedarf weiter einzugrenzen und dann den Wissenstransfer spezifischer zu gestalten.

Zeilen 042-057

Bezugnehmend auf die vorherige Äußerung des Arztes, dass Krebs immer aggressiv sei (Z. 041) spezifiziert die Tochter noch einmal die Fragestellung, indem sie hyperbolisch auf die Anzahl von Krebssorten verweist (Z. 042) und durch das beispielhafte Adjektiv *schleichend* zu verstehen gibt, dass es ihr um die Wachstumsgeschwindigkeit geht. Der Arzt wiederholt seine Aussage (Z. 046) und erklärt, dass Krebs immer weiterwächst (Z. 049) und sich vergrößert (Z. 046-052).

Erläuterungen

Die Tochter verdeutlicht, dass die allgemeine Aussage des Arztes ihre Frage nicht beantwortet hat. Deshalb gibt sie Beispiele dafür, was sie gemeint hat. Erneut gibt der Arzt die identische Antwort, dass Krebs immer aggressiv sei (Z. 046), und auch die weiteren Antworten bezüglich des Wachstums bleiben sehr allgemein (Z. 046-052). Der Arzt hätte hier z.B. die Diagnose der Patientin (und die Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors) in Bezug zu seinen allgemeinen Aussagen setzen können, um der Patientin beim Verstehen zu helfen.

Zeilen 058-061

Der Arzt geht auf die Beiträge der Tochter zur Wachstumsgeschwindigkeit ein und vollzieht eine Überprüfung seiner Schlussfolgerung (Z. 058-059). Die Patientin bestätigt in Z. 060, dass der Arzt mit seiner Vermutung richtig liegt.

Zeilen 062-078

Der Arzt erklärt, dass ca. eine Woche Zeit bleibt, um die Therapie zu planen (Z. 063) und verweist darauf, dass er dies bereits zuvor im Gespräch erwähnt hat (Z. 062). Er erklärt, dass es aber bei Bedarf möglich ist, auch spontan früher mit der Behandlung zu beginnen (Z. 069-078).

Erläuterungen

Der Arzt nimmt die Frage nach der Aggressivität bzw. der Wachstums*geschwindigkeit* auf, indem er auf den Behandlungsbeginn verweist. Da dieser erst binnen einer Woche geschehen muss, steht dies im Gegensatz zu einem sofortigen Be-

handlungsbeginn, der ggf. aber auch noch spontan starten könnte. Die Erläuterung der Frage wird durch einen zeitlichen Vergleich (Behandlungsbeginn) beantwortet. Dadurch wird eine handhabbare Größe aus der Alltagswelt der Patientin als Veranschaulichungsverfahren genutzt.

Zeilen 079-092

Der Arzt beruhigt die Patientin, indem er darauf hinweist, dass ihr Tumor nicht sehr aggressiv sei, weil sie nicht sofort mit der Behandlung beginnen müssen. Dennoch bestärkt er sie darin, die Ernsthaftigkeit der Erkrankung anzuerkennen (Z. 088-089.)

Erläuterungen

Durch den Vergleich mit einem frühen Handlungsbeginn (*sehr aggressiv*) und dem Behandlungsbeginn nach sieben Tagen (*weniger aggressiv*) schafft es der Arzt, die Bedeutung klarer zu machen, ein Spektrum zu eröffnen und die Erkrankung der Patientin darin einzuordnen.

2.7.3 Transkript B

Transkriptausschnitt 6: „naja so mittelaggressiv“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
P:  ja is es jetzt ein sehr AGgressiver äh tumor oder,
    (-) kann man nich SAgen oder,
A:  naja so MITtel aggressiv ist er auf jeden fall;
    er is nich [WEnig        ] aggressiv;
P:             [<<pp> hm_HM;>]-
A:  er is nich HOCH aggressiv;
    °hh aber er is MITtel ag aggressiv;
P:  hm,
A:  diese tumOren die auf diesen speZIELlen rezeptor ansprechen,
    w: was ihrer HAT;
P:  ja:,
A:  die sind per SE schonmal Etwas aggressiver,
    aber dafür gibt_s ja diese GUte antikörpertherapie;
P:  [ja:,          ]
A:  [die auch keine] (.) NEbenwirkungen in anführungszeichen hat;
    wie °hh sonst (.) schlimme n_n (-) CHEmotherapien;
    °hh Aber es gibt auch noch eine besondere (.) untersuchung-
    die der pathoLOge sich Anguckt,
    das nennt man das KI siebenundsechzig;
    (---) u::nd des wird EINgeteilt-
    (-) von UNter fünfzehn prozent-
    is WEnig aggressiv,
    (---) und über ZWANzig prozent is (-) etwas hÖher aggressiv-
    achtzig neunzig prozent is SEHR hoch aggressiv;
    [ihrer ]hat halt EINundvierzig prozent;
P:  [hm_HM,]
    [hm_HM,  ]
A:  [also er ]liegt SCHON,
P:  in der MITte,
A:  in der MITte;=ja,
P:  ja,
A:  also von DAher,
    (1.1) ja:,
```

2.7.4 Analyse B

Zeilen 131-138

Die Patientin möchte wissen, ob es sich bei ihrer Erkrankung um einen aggressiven Tumor handelt (Z. 131). Der Arzt antwortet ihr, dass ihr Tumor „MITtel aggressiv“ (Z. 133) sei und erläutert dies, indem er darauf hinweist, dass der Tumor „nich WEnig aggressiv“, (Z. 134) und „nich HOCH aggressiv,“ (Z. 136) sei. Die Patientin reagiert darauf mit dem Rückmeldesignal „hm,“ (Z. 138).

Erläuterungen

Der Arzt stuft den Tumor der Patientin als *mittelaggressiv* ein und grenzt ihn von *hochaggressiv* und *wenig agg*ressiv ab. Dadurch ermöglicht er der Patientin, die eigene Erkrankung in eine Skalierung einzuordnen. Während der Arzt in *T5* auf die Frage nach der Aggressivität des Krebses eine allgemeine Antwort gibt, bietet der Arzt hier eine einfach handhabbare dreistufige Skala samt Einordnung der spezifischen Diagnose an (*wenig aggressiv – mittelaggressiv – hoch aggressiv*).

Zeilen 139-146

Während der Arzt zunächst davon sprach, dass der Tumor *mittelaggress*iv (Z. 133, 137) sei, spricht er nun davon, dass er *etwas aggressiver* (Z. 142) sei. Dies hängt womöglich auch damit zusammen, dass er die Patientin im Folgenden mit konkreten Therapiemaßnahmen (Antikörpertherapie) und deren Nebenwirkungen konfrontiert (Z. 143-146). Die Patientin quittiert die neuen Informationen mit minimalen bestätigenden Rückmeldesignalen (Z. 141, 144).

Erläuterungen

Erneut bezieht sich der Arzt auf die Diagnose der Patientin und deren Einordung, in Verbindung mit der anstehenden Therapie ordnet er sie als *etwas aggressiver* ein; dies ist ebenfalls im Mittelfeld anzusiedeln.

Zeilen 147-163

Der Arzt verweist auf den Pathologen und dessen Untersuchung zu Ki-67 (Z. 147-148). Er erklärt die Werte der gesamten Skalierung und nennt der Patientin ihren individuellen Wert (Z. 155), der im Mittelfeld liegt (Z. 158-161).

Erläuterungen

Der Arzt nutzt einen erhobenen Zahlenwert, um auf die Frage der Patientin bezüglich der Aggressivität einzugehen. Dadurch, dass er die gesamte Skala erläutert und dann den Wert der Patientin nennt, ist es ihr möglich, den Wert selbst in Form einer kollaborativen Äußerung als „in der MITte“ (Z. 159-160) einzuordnen. Dennoch könnte genauer erläutert werden, was dieser mittlere Wert konkret für die Patientin bedeutet und auch, welche Werte mit welche praktischen Bedeutung bei der Untersuchung von Ki-67 erhoben werden. Im Gegensatz dazu findet in T5 durch die Erklärung der Aggressivität anhand des Therapiebeginns eine konkrete Einordnung statt.

2.7.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen:

Aggressivität einer Erkrankung

Die Frage nach der Aggressivität einer Krebserkrankung kommt häufig in Aufklärungsgesprächen vor. Für die Einstufung der Erkrankung ist dies ein zentraler Aspekt. Allerdings verbinden ÄrztInnen und PatientInnen z.T. unterschiedliche Bedeutungen mit dem Adjektiv *aggressiv*. Eine Klärung der Bedeutung im Gespräch ist daher unerlässlich. Eine Bedeutungsklärung zu Beginn des Gesprächs und besondere Vorsicht beim Nutzen des Begriffs ist daher unerlässlich.

Handlungsempfehlungen

- Klären, was GesprächsteilnehmerInnen unter Aggressivität verstehen, ggf. Skala angeben und Werte einordnen
- Bei PatientInnen erfragen, was sie selbst über Aggressivität wissen, ggf. deren Wissen bearbeiten und einbinden

Vergleiche mit der Alltagswelt der PatientInnen

Medizinische Sacheverhalte sind für PatientInnen mitunter schwierig zu verstehen. Vergleiche können helfen, PatientInnen komplexe (medizinische) Sachverhalte näherzubringen. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Vergleichswerte für den PatientInnen verständlich und möglichst nah an ihrer lebensweltlichen Erfahrung sind.

Handlungsempfehlungen

- Vergleiche mit der Alltagswelt der PatientInnen anstreben (z.B. früher Behandlungsbeginn = sehr aggressiv, später Behandlungsbeginn = wenig aggressiv)
- Durch Rückfragen das Verständnis sichern

Skalen bei Untersuchungswerten

Wenn ÄrztInnen bei Untersuchungswerten PatientInnen deren individuellen Skalenwerte nennen, ohne auf die gesamte Skalierung einzugehen, birgt das die Gefahr, dass PatientInnen ihren Wert sowie dessen Bedeutung nicht verstehen können. Sie benötigen ergänzende Informationen, um sie einordnen zu können und zu wissen, wie ihr Wert auf der Skala zu bewerten ist.

Handlungsempfehlungen

- Die gesamte Skala, den individuellen Skalenwert der PatientInnen und dessen Bedeutung angeben (z.B. bei Ki 67)
- Auch bei womöglich bekannten Skalierungen das Vorwissen der PatientInnen überprüfen und ggf. ergänzen bzw. erfragen, was es in ihrem Alltagsverständnis bedeutet

2.8 Abschlussreflexion

→ Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?

→ Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation? Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

3 Einheit 2: Therapieerläuterung und -entscheidung

3.1 Einstiegsfragen

→ Welche Aspekte einer Therapieform sollten PatientInnen unbedingt erläutert werden? Welche sind weniger wichtig und müssen nicht zwingend erwähnt werden?

→ Ist es sinnvoll, einen Überblick über unterschiedliche Therapieformen zu geben, oder sollte man sich eher auf die Therapie(n) beschränken, die im speziellen Fall angeboten wird/werden?

→ Gibt es bestimmte (Fehl-)Annahmen bezüglich der Therapieformen, die PatientInnen immer wieder zum Ausdruck bringen?

→ Wie gestaltet sich der Prozess der therapeutischen Entscheidungsfindung? Wie beteiligen sich PatientInnen an diesem Prozess?

→ Inwieweit hängt die Erläuterung der zu empfehlenden Therapieform(en) mit der Entscheidungsfindung zusammen?

3.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit

Die Art und Weise, wie in der Medizin im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen Entscheidungen zu fällen sind, ist seit jeher ein zentrales Thema der medizinischen Ethik und beschäftigt in den letzten Jahrzehnten auch vermehrt ForscherInnen im Bereich der (kritischen) Diskursanalyse sowie der Angewandten Gesprächsforschung. Die in diesem Zusammenhang beschriebenen Beziehungs- und Kommunikationsmodelle reichen vom paternalistischen Modell bis hin zum Dienstleistungsmodell. In ersterem tragen die ÄrztInnen die alleinige Entscheidungshoheit und Verantwortung und der Entscheidungsprozess vollzieht sich nicht im Austausch mit den PatientInnen, sondern als mentaler Akt der behandelnden ÄrztInnen (ggf. auch in der Absprache eines Ärzteteams). Im Dienstleistungsmodell stehen hingegen allein die PatientInnen im Mittelpunkt des Entscheidungsvorgangs und die ÄrztInnen liefern lediglich vermeintlich objektive Informationen und richten ganz im wirtschaftlichen Sinne ihre Behandlungsangebote an der Nachfrage der PatientInnen (sofern diese mit gewissen evidenzbasierten Standards vereinbar ist) aus (vgl. Koerfer/Albus 2015, 2018).[7] Als

[7] Diese Modelle sind gewissermaßen als Pole auf einem Kontinuum zwischen einer maximal Arzt-zentrierten- und einer maximal Patient-zentrierten therapeutischen Beziehung zu betrachten, die in der Interaktionspraxis nicht zwingend solch eindeutige Konturen annehmen muss.

Alternative zu diesen Extremen, die jeweils spezifische, teils schwerwiegende Probleme mit sich bringen, wird heute vermehrt eine dialogzentrierte (vgl. etwa Olesen 2004; Richard/Lussier 2014) bzw. biopsychosozial fundierte (vgl. etwa Koerfer et al. 2008; Koerfer et al. 2010) Beziehungsgestaltung und Interaktion gefordert. Hier begegnen sich ÄrztInnen und PatientInnen auf Augenhöhe, bringen ihre jeweiligen, i.d.R. divergierenden, aber komplementären Wissensbestände in die Kommunikation ein und sind um eine Abstimmung sowie eine darauf basierende gemeinsame Entscheidungsfindung (*shared decision making)* bemüht.

Im Rahmen der Debatte um ‚mündige PatientInnen' als Pendant zu ‚mündigen BürgerInnen' wird auch das Konzept des *informed consent* bzw. der Selbstbestimmungsaufklärung diskutiert. Dabei geht es primär um die Gewährleistung der Patientenautonomie durch eine hinreichende Aufklärung der PatientInnen über die von Ärzteseite empfohlenen Behandlungsmaßnahmen sowie einer expliziten Zustimmung der PatientInnen zur Durchführung der entsprechenden Behandlung (vgl. Giese 2002: 15). Irrgang (1995: 72) nennt unter Rückbezug auf Beauchamp/ Childress (1989: 78ff) als wichtigste Komponenten des *informed consent* (1) Aufklärung und Information, (2) Verstehen der Information, (3) Freiwilligkeit der Zustimmung, (4) Kompetenz des PatientInnen und (5) Zustimmung und Autorisierung der ÄrztInnen zu einer bestimmten Behandlung. Auch wenn der Aspekt des Austausches bzw. der Aushandlung hier weniger stark zum Ausdruck kommt, wird doch deutlich, dass es sich um Gesichtspunkte handelt, die auch im Rahmen einer dialogzentrierten Entscheidungsfindung unabdingbar sind. Es herrscht allerdings Uneinigkeit darüber vor, was als ausreichende Aufklärung bzw. adäquate Informierung (Punkt 1) gelten kann bzw. inwieweit diese angesichts gesundheitssystematischer und institutionsorganisatorischer Erfordernisse und Zwänge praktisch überhaupt zu gewährleisten ist. In der Gesprächspraxis zeigt sich zudem, dass auch im Hinblick auf Punkt 2, Verstehen der Information, bzw. aus einer stärker interaktionalen Perspektive formuliert, die Abstimmung der Wissens-, Relevanz- und Interessensysteme von ÄrztInnen und PatientInnen wiederholt Komplikationen auftreten.

Entsprechend soll in der vorliegenden Einheit vor allem die Frage nach dem adäquaten Umfang und der Art der Informationen, die ins Gespräch einfließen sollten, gestellt und die sprachlich-interaktionalen Ressourcen und Strategien reflektiert werden, die den Verständigungsprozess erleichtern. Dabei wird sich weitestgehend am Ideal einer dialogzentrierten Medizin orientiert. In direktem Zusammenhang damit sollen auch Überlegungen dazu in den Fokus rücken, durch welche Momente des Informationsaustausches eine partizipative Entscheidungsfindung gefördert wird und wie im Gespräch die Beteiligung der PatientInnen an der Therapieentscheidung unterstützt oder aber behindert wird. Dafür wurden Transkriptausschnitte ausgewählt, die aus den Gesprächsphasen der Therapie-

erläuterung und -entscheidung stammen und in denen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte dieser Handlungsschritte zum Tragen kommen (Wirkungsweisen unterschiedlicher Therapien, bestimmte Nebenwirkungen etc.). Auf diese Weise sollen die TrainingsteilnehmerInnen mit wichtigen und immer wiederkehrenden Themenbereichen und den diversen Missverständnissen und konversationellen Schwierigkeiten vertraut gemacht werden, die in diesem Zusammenhang auftreten. Auch wenn manche der diskutierten Aspekte an die Spezifizität eines konkreten Krankheitsbildes gebunden sein mögen (wenn es etwa um den systemischen Charakter von Brustkrebs geht), lässt sich dennoch häufig davon abstrahieren und es ist eine Übertragung auch auf andere Krankheitsfälle möglich. Die gesprächstyp- bzw. gesprächsphasenspezifischen thematischen Schwerpunkte sind an Kommunikationsprobleme und interaktionale Herausforderungen gekoppelt, die nicht ausschließlich in dieser konkreten Gesprächsphase auftauchen (z.B. Umgang mit Fachtermini, Erläuterungsstrategien, Relevanzmarkierungen, Abstimmung unterschiedlicher Konzeptwelten), aber im Kontext der gegebenen Interaktionsanforderungen eine Hürde für die GesprächsteilnehmerInnen darstellen können. Bestimmte Gesichtspunkte tauchen in Zusammenhang mit mehreren Beispielen auf, da ihnen ein besonders prominenter Status im Gespräch zukommt. Dies hat einerseits den Vorteil, dass sie in unterschiedlichen Kontexten beleuchtet werden können, und andererseits, dass die wiederholte Auseinandersetzung mit ihnen zu einer erhöhten Sensibilisierung bei den Trainings- bzw. SeminarteilnehmerInnen und SelbstlernerInnen führen dürfte.

Die Trainingseinheit ist in folgende Untereinheiten gegliedert, deren Einteilung sowohl thematisch als auch problemzentriert sowie durch die fokalen Gesprächsaufgaben motiviert ist:

1. Fachterminologie und Wirkungsbereich der Therapie
2. Nebenwirkungen
    I. Fehlerhafte Patientenannahmen
    II. Abstimmung divergierender Relevanzsysteme
3. Krankheitsform und Begründung der Therapieempfehlung
4. Heilungschancen und Entscheidungsfindung

Weiterführende Literatur

→ Birkner, Karin / Anja Stukenbrock (Hrsg.) (2009): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2009/birkner.htm].

→ Selting et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf].

→ Becker, Maria / Thomas Spranz-Fogasy (2017): Empfehlen und Beraten: Ärztliche Empfehlungen im Therapieplanungsprozess. In: Pick, Ina (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Frankfurt/Main: Lang, 163-184.

→ Peters, Tim (2015): „Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen." – Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2015/peters.html].

→ Klemperer, David (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Norbert Klusen / Anja Fließgarten / Thomas Nebling (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient. München: Nomos, 139-155.

→ Scheibler, Fülöp (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Verlag Hans Huber.

→ Koerfer, Armin / Christian Albus (2018): Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge. In: Koerfer, Armin / Christian Albus (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 469-563. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/koerfer.html].

3.3 Modul 1: Fachterminologie und Wirkungsbereich der Therapie

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einem 71-Jährigen Darmkrebspatienten, dessen Tumor bereits in die Leber gestreut hat. Nachdem der Arzt dem Patienten und seiner ebenfalls anwesenden Ehefrau die Diagnose übermittelt hat und einen bereits festgelegten OP-Termin ankündigt, thematisiert die Ehefrau die Wahrscheinlichkeit der Einsetzung eines künstlichen Darmausgangs, welche der Arzt als gering einschätzt. Daraufhin erklärt der Arzt, dass der Fall nach der Operation in einem interdisziplinären Tumorboard diskutiert wird, um das weitere therapeutische Vorgehen zu diskutieren. Daran schließt die nachstehende Sequenz an.

▶ Analytischer Fokus

Im folgenden Transkriptausschnitt geht es um die Informationsvermittlung in Zusammenhang mit dem Wirkungsbereich der Therapie: Es soll diskutiert werden, inwiefern die Antwort des Arztes auf die Patientenfrage bezüglich des Wirkungsbereichs als angemessen befunden werden kann und wo ggf. Defizite auszumachen sind. Einerseits soll dabei die Begriffswahl des Arztes in den betrachtet werden, andererseits der Informationsumfang, der in diesem Kontext geliefert wird.

Zudem soll reflektiert werden, welche impliziten Anliegen möglicherweise in der Frage des Patienten stecken und wie solche Anliegen von Arztseite erschlossen werden können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Worauf zielt die Frage des Patienten ab?

→ Können Verstehensprobleme lokalisiert werden? Womit hängen diese zusammen?

→ Empfinden Sie die Erläuterungen/Angaben des Arztes als angemessen/ausreichend? Begründen Sie.

3.3.1 Transkript

Transkriptausschnitt 1: „Systemische Therapie“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient, E: Ehefrau des Patienten

```
A:  dort wird mit höchster wahrSCHEINlichkeit-
    dann eine systemische theraPIE rauskommen,
    das heißt eine CHEmotherapie;
P:  hm_HM;
    ja.
A:  die man anschließend MACHT.
P:  IS dis,=
    =kann man die jetzt SO::-
    geZIELT auf die:: äh-
    LEber machen odEr::,
    de (.) generell über den GANzen körper;
    sodass der GANze:-
    (.) körper MIT:-
    he involVIERT wird,
A:  IN der regel macht man-
    dOrt eine sysTEmische therapie,
P:  hm_HM;
A:  äh (1.2) HAT auch den vorteil-=
    =dass nicht nur die LEber behandelt wird;=
    =sondern eventuell auch LYMPHknoten,
P:  ja:,
    hm_HM,=
A:  =die man nicht hat MITentfernen können.
P:  hm_HM,
A:  man MACHT dort- (-)
    WENN es- (.)
    <<all> aso> (.) von der WAHRscheinlichkeit her-
    [Eher  ] ne systEmische therapie wie ne loKAle thera[pie.  ]
P:  [hm_HM-]                                            [ja_JA-]
P:  hm_HM,
    (1.6)
A:  das BILD (.) zEIgt,
    dass die leber in verSCHIEdenen, (-)
    be[REI]chen;
E:    [hm ]
P:  ja_JA;=
E:  =hm_HM,
A:  über die ganze leber verTEILt veränderungen [hAt,]
P:                                              [hm: ]
P:  ja_JA;
A:  und in DEM fall-
    behandelt man sysTEmisch.
P:  hm_HM; (-)
    <<p> gut.>
```

3.3.2 Analyse

Zeilen 210-223

Der Arzt eröffnet dem Patienten, welche Therapieempfehlung er als Resultat aus der Tumorboardsitzung erwartet. Dabei gibt er zunächst die Applikationsart an (systemisch) und erläutert daraufhin, dass es konkret um eine Chemotherapie geht. Im Folgebeitrag erkundigt sich der Patient nach dem Wirkungsbereich der Behandlung, ob diese also nur in der Leber wirkt, wohin der Tumor metastasiert hat, oder auf den ganzen Körper.

Erläuterungen

In der Frage des Patienten offenbart sich, dass ihm der Terminus *systemische Therapie* – welcher ja eine Ganzkörpertherapie bezeichnet – nicht vertraut ist.
Zudem lassen einzelne Merkmale seiner Äußerung vermuten, dass sich hinter der Frage auch eine Sorge bezüglich der Nebenwirkungen verbirgt, die bekanntlich besonders stark sind, wenn sich die Medikation auf den gesamten Körper auswirkt:

- Mit dem Verb *können*, welches hier eine Möglichkeit erfragt, und der Erstnennung der Variante einer lokalen Behandlung wird diese als die wünschenswerte Alternative gekennzeichnet.
- Der mit der konsekutiven Subjunktion *sodass* eingeleitete Nebensatz ist mit Blick auf seinen Informationsgehalt überflüssig, da die Bezugshandlung (*(die Therapie) so generell über den ganzen Körper (machen)*) und die daraus abgeleitete Konsequenz (*sodass der ganze Körper mit involviert wird*) von ihrer Bedeutung her identisch sind. Solch inhaltliche Redundanzen sind aber meist kommunikativ dennoch höchst relevant, da sie nahelegen, dass hier auf etwas über das (wörtlich) Gesagte hinaus hingewiesen wird.
- Die lexikalische und syntaktische Reformulierung im Hinblick auf den möglichen Einbezugs des Körpers: Während der Körper zunächst als Teil einer adverbialen Bestimmung (*über den ganzen Körper*) fungiert, nimmt er im nachgelieferten Nebensatz die Rolle des Subjekts in einer Passivkonstruktion ein. Damit rückt er stärker in den Vordergund und sein ‚Betroffensein' bzw. hier seine „Involviertheit" wird deutlicher hervorgehoben. Dieser Perspektivwechsel suggeriert im Kontext der vorliegenden Erkrankung, dass ebendieses (potenzielle) Betroffensein negativ gewertet wird. Auch das *mit* könnte in diesem Zusammenhang im Sinne von *auch noch* – und entsprechend sorgenimplikativ – interpretiert werden.

Oftmals sind es solche subtilen *Relevanzmarkierungen*, die auf ein bestimmtes Anliegen hindeuten, ohne es explizit zu benennen. Dies erfordert eine besondere kommunikative Sensibilität von Seiten der ÄrztInnen.

Zeilen 224-233

Der Arzt beantwortet die Frage des Patienten, verwendet dabei jedoch dieselbe Terminologie wie zuvor: systemische Therapie. Im Weiteren führt er dann den Vorteil dieser Art der Behandlung auf: Neben der Leber werden „eventuell“ (Z. 229) auch Lymphknoten einbezogen, die in der Darmoperation nicht entfernt werden konnten.

Erläuterungen

Obgleich der Arzt mit dem Begriff *systemische Therapie* terminologisch betrachtet genau das wiedergibt, wonach der Patient sich erkundigt hat, berücksichtigt er nicht, dass der Terminus schon bei der ersten Verwendung scheinbar nicht verstanden worden ist. Eine explizite, laientaugliche Definition bleibt aus. Dass sich die vorgesehene Therapie auf den gesamten Körper auswirkt, lässt sich somit für den Patienten nur indirekt daraus herleiten, dass nicht nur die Leber, sondern auch Lymphknoten (im Darmbereich) erreicht werden könnten. Unklar bleibt jedoch, warum dies nicht sicher zu gewährleisten ist und es wird nicht genauer darauf eingegangen, inwieweit auch andere Bereiche des Körpers betroffen sind. Letztlich wird auch nicht erklärt, warum man bestimmte Lymphknoten möglicherweise nicht entfernen können sollte.

Es lässt sich ebenfalls fragen, worauf sich „dort“ (Z. 225) im vorliegenden Zusammenhang bezieht (ebenso Z. 234). Vermutlich bezeichnet der Arzt damit lediglich ‚Fälle wie diesen‘. Im Kontext einer Frage, die eine Gegenüberstellung unterschiedlicher räumlicher Bereiche beinhaltet, könnte die Verwendung eines Lokaladverbs wie *dort* (oder auch *hier*, *da* etc.) jedoch zu Verwirrung führen.

Zeilen 234-240

Im Weiteren wiederholt der Arzt leicht abgewandelt seine Aussage, dass mit einer systemischen Therapie zu rechnen ist („man MACHT dort- […] von der WAHRscheinlichkeit her-Eher ne systEmische therapie“, Z. 234, 236, 237 (vs. „IN der regel macht man- dOrt eine sysTEmische therapie,“, Z. 224, 225)), stellt sie diesmal jedoch unmittelbar der unwahrscheinlichen Alternative einer lokalen Behandlung gegenüber („Eher ne systEmische therapie wie ne loKAle therapie.“, Z. 237).

Erläuterungen

Der Beitrag des Arztes ist als eine erneute Antwort auf die Entscheidungsfrage des Patienten („gezielt auf die Leber“ oder „generell über den ganzen Körper“) zu verstehen, wobei diesmal nicht nur die zutreffende Option ausgewählt wird (systemische Therapie), sondern zusätzlich verdeutlichend die nicht-zutreffende (lokale Therapie) negiert wird. Allerdings orientiert sich der Arzt dabei nicht an den Alltagskategorien, die der Patient selbst in das Gespräch eingeführt hat. Stattdessen

verwendet er weiterhin Fachvokabular, wobei auch hier wieder der Begriff *systemische Therapie* zum Einsatz kommt. Auch wenn zu vermuten ist, dass der Terminus *lokale Therapie* selbsterklärend ist, und sich somit auch die Bedeutung der systemischen Therapie daraus herleiten lässt (gerade auch in Verbindung mit der zuvor erwähnten Wirkung auf die Lymphknoten), ist es für den Verstehensprozess grundsätzlich förderlicher, wenn zumindest begleitend auch Laienkategorien bemüht werden. Dies scheint in Fällen wie dem vorliegenden besonders ratsam, in denen der Patient bereits Konzepte relevant gesetzt hat, die für ihn von Interesse sind und Teil seines Wissenskontingents bilden. Entsprechend könnte man, anstatt ausschließlich von systemischer und lokaler Therapie zu sprechen, ausdrücklich erklären, dass eine systemische Therapie sich auf den *ganzen Körper* auswirkt, was im vorliegenden Fall einer lokalen Therapie, die *nur auf ein Organ (Leber)* gerichtet wäre, vorzuziehen ist.

Zeilen 241-254

Zuletzt nimmt der Arzt Bezug auf die bildgebenden Untersuchungen, die zeigen, dass der Krebs sich an mehreren Stellen in der Leber befindet. Dies wird als Grund dafür angeführt, dass eine systemische Therapie vorgesehen ist. Der Patient signalisiert mit dem abschließenden „gut“ (Z. 253), dass er die erwünschte Information erhalten hat.

Erläuterungen

Obgleich der Patient anzeigt, dass der Kern seiner Frage befriedigend beantwortet wurde, kann hier überlegt werden, inwiefern es sich angeboten hätte – neben einer direkteren und laiensprachlich(er)en Formulierung der Antwort –, weitere Informationen zu liefern (s. hierzu auch nochmals die Anmerkungen zu Z. 224-233). Es ist stets zu bedenken, dass PatientInnen es aufgrund der situationsbedingten emotionalen und kognitiven Belastung potenziell versäumen, an bestimmten Punkten ärztlicher Erläuterungen nachzuhaken bzw. weiterführende Fragen zu stellen. Beispielsweise könnte noch genauer ausgeführt werden, warum multiple Herde in *einem* Organ eine Ganzkörperbehandlung erfordern. Desweiteren kann darüber diskutiert werden, inwieweit das Ansprechen von Nebenwirkungen standardmäßig erfolgen sollte, da diese besonders im Falle einer Chemotherapie einen gravierenden Einschnitt in das Leben der Betroffenen bedeuten und auch eine entscheidende Informationsgrundlage für die Zustimmung der PatientInnen zur Durchführung der Therapie darstellen. Gerade wenn sich Sorgen diesbezüglich andeuten, ist es wichtig sich mit diesen auseinanderzusetzen.

3.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Fachterminologie und Alltagskategorien; begriffliche Anknüpfungspunkte

Das Verwenden von Fachvokabular durch ÄrztInnen und deren unzulängliches Verständnis durch PatientInnen und Angehörige ist eines der am häufigsten dokumentierten Probleme der Arzt-Patienten-Kommunikation. Auch wenn es in vielen Fällen nützlich, wenn nicht gar notwendig sein kann, auf Fachterminologie zurückzugreifen, besteht die Gefahr besonders darin, dass bestimmte Termini als selbsterklärend bzw. bekannt vorausgesetzt werden, ohne dass dies tatsächlich zutrifft. Während ÄrztInnen aus ihrer fachlichen Routine heraus gewisse Begriffe potenziell nicht einmal (mehr) als ‚fachlich' betrachten, kann dies auf Patientenseite durchaus der Fall sein.

Handlungsempfehlungen

- Verständlichkeit verwendeter (Fach-)Termini ggf. explizit durch Fragen einfordern, besonders wenn es um zentrale Aspekte der Aufklärung und Planung geht (so etwa den Wirkungsbereich bzw. die Applikationsart der Therapie)
- Ergänzung von Fachtermini durch:
  - Definitionen bzw. Erläuterungen anhand alltagssprachlicher Konzepte (z.B. *Eine systemische Therapie wirkt auf* den ganzen Körper*, während eine lokale Therapie gezielt auf* bestimmte Körperregionen oder Organe *wirkt.*)
  - alltagssprachliche Synonyme, sofern vorhanden (z.B. *Krebs* vs. *Karzinom*)
  - ggf. etymologische Brücken (z.B. Die systemische Therapie heißt ‚systemisch', weil sie auf das komplette ‚Körpersystem' wirkt, sprich den gesamten Körper.)
- Notwendigkeit für Inferenzen auf Patientenseite minimieren
- Wenn PatientInnen selber im Gespräch bestimmte Kategorien relevant gesetzt bzw. Begrifflichkeiten angeboten haben, empfiehlt es sich, im Weiteren genau an diese anzuknüpfen. Dies sichert nicht nur eine begriffliche Verständigung, sondern erleichtert es auch, klare Bezüge zwischen aufeinander bezogenen Handlungen (z.B. Frage-Antwort) herzustellen.

terminologische Wiederholungen

Bei der Beantwortung von Patientenfragen bzw. der Klärung terminologischer Unklarheiten kann es dazu kommen, dass wiederholt auf dieselben Begriffe zurückgegriffen wird. Dies ist für den Verständigungsprozess hinderlich, wenn es im Gespräch Anzeichen gibt, dass der verwendete Terminus dem Patienten/der Patientin nicht geläufig ist.

Handlungsempfehlungen

- ‚Überwachen' der interaktionalen Verstehensmanifestation bzw. deren Ausbleiben; Lokalisierung kritischer Begriffe anhand der Patientenreaktionen
- Begriffliche Variation im Rahmen von Erläuterungen (s. oben); Vermeiden einer bloßen Wiederholung bereits verwendeter Termini

Wirkungsbereich der Therapie; systemische Therapie

Häufig gehen ÄrztInnen davon aus, dass der Wirkungsbereich gängiger Therapieformen bekannt ist, sodass sie ihn im Gespräch nicht gesondert ansprechen. Es zeigt sich jedoch, dass ein solches Wissen bei PatientInnen nicht immer vorhanden ist. Dies lässt sich nicht nur in Zusammenhang mit dem Begriff der *systemischen Therapie* und der Frage, ob sie lokal begrenzt oder ganzkörperlich wirkt, feststellen. Auch im Falle von Bestrahlung sind sich PatientInnen nicht unbedingt bewusst, auf welchen Bereich (z.B. ausschließlich krankes oder ebenso gesundes Gewebe) diese gerichtet ist. Ebenso kommt es vor, dass die Wirkungsweisen verschiedener Therapien durcheinandergebracht werden, was zu Fehleinschätzungen hinsichtlich einer falladäquaten Anwendung führt.

Handlungsempfehlungen

- Der Wirkungsbereich unterschiedlicher Therapieformen sollte offengelegt werden, sodass potenzielle Fehlannahmen nicht ungeklärt aus dem Gespräch herausgetragen werden und sich möglicherweise negativ auf die Adhärenz auswirken.
- In Verbindung mit der körperlichen Wirkungszone können dann auch direkt daraus resultierende Nebenwirkungen thematisiert werden.
- Es ist sinnvoll, unterschiedliche Therapieformen hinsichtlich ihrer Wirkung voneinander abzugrenzen, um so auch deutlich zu machen, was eine bestimmte Behandlung gegenüber einer anderen als geeigneter qualifiziert.

Relevanzmarkierungen

PatientInnen kommunizieren ihr Informationsbedürfnis bezüglich eines Sachverhalts nicht zwingend ausdrücklich, sondern durch diverse Relevanzmarkierungen (Sator 2003; Sator et al. 2008), mit denen sie den Stellenwert oder ihre Haltung gegenüber bestimmten Thermenbereichen kennzeichnen. Dies kann durchaus

dazu führen, dass wichtige Anliegen, die vom Arzt nicht als solche erkannt werden, unbearbeitet bleiben. Für Ärzte besteht also eine besondere Herausforderung darin, sich dafür zu sensibilisieren, ‚zwischen den Zeilen zu lesen'.

Handlungsempfehlungen

- Implizite Anliegen haben häufig eine gewisse emotionale Aufladung und sind vor allem in der Sphäre der Alltagswelt der PatientInnen und im Spektrum ihrer unmittelbaren Erfahrung zu suchen (so liegt es nahe – wie oben dargestellt – dass eine Frage nach dem Wirkungsbereich oder allgemeiner dem Wirkmechanismus einer Therapie gleichzeitig auf negative Auswirkungen auf die Gesundheit der/des Betroffenen abzielt.).
- Beachtung der konkreten Wortwahl der PatientInnen, des Satzbaus und scheinbarer Redundanzen sowie Reformulierungen, die oft unterschwellige Relevanzen erahnen lassen
- Berücksichtigung der Stimmlage (z.B. zittrige oder ‚bedrückte' Stimme), Mimik, Gestik und Körperhaltung

Rückmeldesignale; Ausbleiben von Fragen

PatientInnen reagieren auf die von den ÄrztInnen mitgeteilten Informationen oft mit Schweigen oder positiven Rückmeldesignalen (*hm_hm*, *ja* etc.), deren Status im Hinblick auf ihr tatsächliches Verstehen jedoch ungewiss ist. Zudem kann es sein, dass Fragen nicht verbalisiert werden bzw. im Rahmen der psychisch belastenden und kognitiv anspruchsvollen Situation gar nicht erst aufkommen, obgleich ihre Klärung für die PatientInnen von großer Bedeutung wäre.

Handlungsempfehlungen

- Routinemäßiges Erläutern bestimmter zentraler Gesichtspunkte wie z.B. Applikationsart der Therapie, Nebenwirkungen, Heilungschancen (→ Diskussion darüber, welche Aspekte anzusprechen sind)
- Zeit lassen zur Verarbeitung einzelner thematischer Foki
- Verstehen konkreter Aspekte aktiv erfragen

3.4 Modul 2: Nebenwirkungen der Therapie

3.4.1 Schwerpunkt I: Fehlerhafte Patientenannahmen

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 79-Jährigen Brustkrebspatientin, welche operiert und bestrahlt werden und anschließend eine Anti-Hormontherapie in Tablettenform erhalten soll. Die Patientin bricht in Tränen aus, nachdem sie erfährt, dass eine Operation vorgesehen ist und dass die untersuchte Geschwulst wider ihren Erwartungen doch bösartig ist.

Der Arzt versucht die Patientin zu beruhigen, indem er ihr mehrmals versichert, dass es „nichts Schlimmes“ sei. Dabei führt er listenartig die vorgesehenen Therapieschritte auf und betont deren harmlosen Charakter: „natürlich ist das ein bösartiger TUmor; aber das ist KEI:N tumor, der wirklich bösartig IST, der schnell WÄCHST, der aggresSIV ist oder sonst irgendwas; (-) sie werden opeRIERT, sie werden beSTRAHLT, kriegen ne taBLETte für fünf jahre und das ist alles; und sie werden gar nichts MERken;“. Die Patientin reagiert zunächst ausdrücklich misstrauisch auf die Beschwichtigungsversuche des Arztes („<<weinend> [das SA]gen sie bloß nur;>“), beruhigt sich dann aber langsam. Nachdem der Arzt die Wunde der Patientin und den zu entfernenden Knoten begutachtet hat, setzt der Transkriptausschnitt ein.

▶ Analytischer Fokus

Im Zentrum der folgenden Analyse steht der Umgang mit den Vorstellungen, die PatientInnen mit in das Gespräch bringen, im Speziellen bezüglich therapeutischer Nebenwirkungen. Zum einen geht es darum aufzuzeigen, dass die Vorannahmen der Patientin im Hinblick auf die Auswirkungen der Therapie nicht hinreichend geklärt werden (Z. 114-165), was sich in ihrer Äußerung zum erwarteten Haarverlust zeigt (Z. 231). Zum anderen soll die Erläuterungsstrategie des Arztes bei der Richtigstellung dieser Annahme und die zu Grunde liegende Wissenszuschreibung an die Patientin kritisch diskutiert werden.

Es soll grundsätzlich beobachtet werden, welche Informationen im Hinblick auf die aufgeführten Therapieverfahren ins Gespräch einfließen und es soll reflektiert werden, inwieweit diese als ausreichend befunden werden können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Worauf beziehen sich die Sorgen der Patientin?

→ Wie geht der Arzt damit um?

→ Gelingt es dem Arzt die Annahmen der Patientin zu klären? Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?

→ Wie verdeutlicht der Arzt der Patientin, dass sie nicht mit einem Haarverlust zu rechnen hat?

→ Welches Wissen setzen die Erläuterungen des Arztes auf Patientenseite voraus?

→ Wie beurteilen Sie den Informationsumfang in dem Gesprächsausschnitt im Hinblick auf die aufgeführten Therapieverfahren? Gibt es etwas, das Sie weggelassen oder ergänzt hätten?

3.4.2 Transkript

Transkriptausschnitt 2: „Wir machen doch keine Chemotherapie mit Ihnen“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Brustkrebspatientin, E: Ehemann der Patientin

```
A:   =dann machen wir das KNÖTchen raus,
     wir machen den WÄCHterlymphknoten raus;(-)
P:   ((zieht die Nase hoch))
A:   und dann werden sie beSTRA:HLT,
     <<leiser werdend> und dann ist GUT.>
P:   o[KAY;   ]
A:    [o!KAY!?]
P:   ((zieht die Nase hoch))
A:   überHAUPT [ (.)                  ] keine angst haben.
P:             [((zieht die Nase hoch))]
A:   wo was vor was haben sie denn ANGST?
     (--)
P:   ((seufzt)) JA_ich-
     (--)
P:   ((zieht die Nase hoch))
     wenn sie dann sagen beSTRAHLung und und [und-]
A:                                           [joa;]
     aber dann wird nur die BRUST bestrahlt,
     WISsen sie-=
     =die wird dann viel[leicht                 ] ein bissl rO:t
P:                      [((zieht die Nase hoch))]
A:   wie beim SONnenbrand,
     aber SONST [wird eigentlich net arg viel gemacht;]
```

[ca. 00:09 Min.: Aufmerksamkeit auf die Befestigung des Brustverbands der Patientin]

```
A:   =also von daher wird die BRUST bestrahlt?=[gell,]
P:                                             [ja-  ]
A:   die wird dann vielleicht ein bissl ROT?
     weil [wie gesagt wie beim    ] SONnenbrand,
P:        [((zieht die Nase hoch))]
P:   hm_HM-
A:   aber anSONSten wird das gut vertrAgen;
     da legt man sich HIN,
     des geht ein paar seKUNden,
     des ist halt LÄStig,=
     =man muss da jeden tag HIN, (.)
P:   ((zieht die Nase hoch))
A:   aber die kriegen einen TAxischein,
     bringt sie TAxi hin-
     und holt sie wieder AB,
E:   geht es über mehrere TAge dann.
A:   sieben WOchen.
E:   sieben WOchen?
A:   hm_HM::,
```

[ca. 01:24 Min.: Urlaubspläne; Bestrahlungsterminierung; Beeinträchtigung des Ernährungsverhaltens durch die Krankheit]

```
225   E:   wird des dann ambuLANT (.) gemacht,=oder?
226   A:   nee.
227        ah_äh die bestrahlung JA,
228        aber die oPE nicht;
229        da sind sie DREI nächte ungefähr hier;
230   E:   DREI (nächte ja);
231   P:   i hob jetzt schon wenig hOa und dann hab ich n
           GLATZkopf noch dazu:-
232   A:   [wieSO:?                ]
233   E:   [(xxx) (xxx) (xxx) (xxx)]
234   A:   aber [DOCH-]
235   E:        [(xxx)]
236   A:   [wir machen doch keine  ] !CHE!motherapie [mit ih:nen]
      E:   [(xxx) (xxx) (xxx) (xxx)]
237   P:                                             [AH ja;    ]
      A:   frau ((anonymisiert));
238        dA:zu hat der tumor jetzt NICHT die eigenschaften die-
239        die uns nicht geFALlen;
240        das ist ALles,
241        (-)
242   A:   gAnz HARMlos;
243   P:   <<leise> oKAY;>
244   A:   ja?
245        der HAT-
246        ((Geräusch von Papierblättern))
247   A:   der HAT-
248        (--)
249   A:   SAchen die äh-
250        ((klappern) (0.5))
251   A:   die sind GANZ: super gut;=ja,
252   P:   ja;-
253   A:   ne CHEmo (.) würd bei ihnen gAr nix bringen;
254        deshalb MAchen wir sie auch gar net.
255   P:   hm_HM,
256   A:   aber ne taBLETte für fünf jahre,
257        (--)
258   A:   die beSTRAHLung,
259        und dann ist GUT,
260   P:   °hhh
261   A:   und dann [DENken sie in] nem halben jahr gar net mehr dran;
262   P:            [hhh°         ]
263   P:   °h gut;
264   A:   oKAY,
265   A:   und wenn sie WOLlen,
266        können wir sie am DONnerstag operieren.
```

3.4.3 Analyse

Zeilen 106-112

Der Arzt fasst noch einmal den Therapieverlauf zusammen, wobei er der Patientin mit dem abschließenden „und dann ist GUT.“ (Z. 110) Mut zuspricht.

Erläuterungen

Die erneut (s. Kontextinformationen) knappe Auflistung der anstehenden therapeutischen Schritte (wobei die (antihormonelle) Tablettentherapie ausgelassen wird) ist auch hier primär dem emotionalen Zustand der Patientin geschuldet und an dieser Stelle sicherlich vertretbar. Es ist jedoch zu überlegen, welche Zusatzinformationen im weiteren Verlauf ergänzt werden sollten.

Zeilen 114-116

Der Arzt bearbeitet weiter die emotionale Erregung der Patientin, indem er ihr versichert, dass sie „überHAUPT (.) keine angst haben“ (Z. 114) brauche. Mit seiner anschließenden Frage sucht er zu spezifizieren, wovor sich die Patientin fürchtet.

Erläuterungen

Der Arzt setzt hier den richtigen Impuls, da ein adäquater Umgang mit den Befürchtungen der Patientin deren genaue Bestimmung voraussetzt.

Zeilen 118-121

Die Patientin adressiert in ihrer Antwort die zuvor (Z. 109) angekündigte Therapieform der Bestrahlung, kann ihre Aussage aber nicht zu Ende führen.

Erläuterungen

Aus der Äußerung der Patientin wird nicht erkenntlich, was konkret an der Bestrahlung ihr Sorgen bereitet. Die Wiederholung des *und* deutet auf Elaborationsschwierigkeiten hin. Dem Arzt bietet sich hier die Gelegenheit mithilfe von Nachfragen Hilfestellung zu leisten.

Zeilen 122-156

Der Arzt übernimmt in Überlappung das Rederecht, bevor die Patientin ihre Ängste hinsichtlich der Bestrahlung spezifizieren kann. Er beschreibt unterschiedliche Aspekte der Bestrahlungstherapie (den beschränkten Wirkungsbereich, Z.

123; die geringen Auswirkungen auf den Körper, Z. 125, 140-141; die allgemein gute Verträglichkeit der Therapie, Z. 144; die kurze Dauer einer Bestrahlungssitzung, Z. 146; die Anfahrt mit dem Taxi, Z. 150-152), welche die Behandlung durchweg als harmlos präsentieren.

Erläuterungen

Die Ausführungen des Arztes können als Fortführung seines ‚Projektes' betrachtet werden, die Patientin zu beruhigen. Dies erscheint mit Blick auf ihre psychische Stabilisierung nach dem emotionalen Ausbruch besonders wichtig (vgl. im Detail hierzu Einheit 5, Transkript 1). Allerdings versucht er nicht, die konkreten Befürchtungen der Patientin weiter zu elizitieren, sondern steuert die thematische Entfaltung des Gesprächs auf der Grundlage seiner eigenen Annahmen über die Ursache der Verängstigung. Auch wenn die (Teil-)Antwort der Patientin die Bestrahlung als Problemquelle nahelegt und die Informationen des Arztes in diesem Zusammenhang bedeutend sind, bleibt doch ungewiss, was genau der Patientin an der Bestrahlung Angst macht bzw. ob noch andere Bedenken bestehen (das *und* in einem additiven Sinne deutet durchaus darauf hin). Ein Indikator dafür ist zumindest auch, dass die Patientin bereits *vor* Ankündigung der Bestrahlung in Tränen ausgebrochen ist. Die Tatsache, dass die Patientin wiederholt Misstrauen gegenüber der positiven Darstellung des Arztes zum Ausdruck gebracht hat, lässt es umso wichtiger erscheinen, die Informierung an konkreten Patientenerwartungen auszurichten. Der nahtlose Übergang vom Bestrahlungsprozedere an sich zum Thema der Anfahrt führt zu einem raschen thematischen Voranschreiten, ohne explizite Absicherung der ausreichenden Bearbeitung einzelner Aspekte.

Zeilen 153-156

Anknüpfend an die Ausführungen des Arztes erkundigt sich der Ehemann der Patientin nach der Gesamtdauer der Behandlung. Es folgt ein Themenwechsel: Die Urlaubspläne des Ehepaars geraten in den Fokus; die Thematik der Auswirkungen/Verträglichkeit der Bestrahlung ist abgeschlossen.

Zeilen 225-231

Nachdem weitere Details zum Therapieverlauf geklärt sind (ambulante vs. stationäre Behandlung, Z. 225-230), kommentiert die Patientin ihre Situation: „i hob jetzt schon wenig hOa (= Haare) und dann hab ich n GLATZkopf noch dazu:," (Z. 231). Darin äußert sich erstmals ihre Annahme, dass ihr durch die therapeutischen Maßnahmen die Haare ausfallen werden.

Erläuterungen

Durch diese Äußerung wird deutlich, dass der Patientin trotz der vorigen Ausführungen des Arztes nicht klargeworden ist, dass die Therapie keinen Haarverlust nach sich zieht. Auch wenn der Arzt wiederholt erklärt hat, dass lediglich mit einer leichten Hautrötung bei der Bestrahlung zu rechnen ist, erweist sich die Verbindung von Krebstherapie und Haarverlust als stark in der Vorstellung der Patientin verankert. Dies lässt sich auch bei anderen Patienten feststellen.

Zeilen 232-255

Der Arzt schaltet sich unmittelbar ein: seine erste Reaktion nimmt die Form einer Frage an, die auf die Gründe für diese Annahme abzielt („wieso?“, Z. 232). Im Anschluss versucht er jedoch eigeninitiativ die fehlerhafte Vorstellung der Patientin richtigzustellen. Dabei ist sein primäres Bezugskonzept die Chemotherapie: Er hebt wiederholt hervor, dass keine Chemotherapie stattfinden wird, da der Tumor sehr gute Eigenschaften habe und entsprechend „alles (-) gAnz HARMlos;“ (Z. 242) sei. Erneut äußert sich deutlich das Anliegen des Arztes, die Patientin zu beruhigen. Letztere quittiert diese Versuche wiederholt mit positiven Rückmeldesignalen (Z. 243, 252, 255).

Erläuterungen

Auch hier ist zunächst anzumerken, dass der erste Impuls des Arztes, mit seiner Frage die Patientenperspektive zu elizitieren, positiv zu werten ist. Allerdings wird der Patientin wieder nicht die Möglichkeit gegeben, das Angebot anzunehmen.

Bei den Erläuterungen des Arztes fällt auf, dass er zu keinem Zeitpunkt ausdrücklich verneint, dass der Patientin (bei der Bestrahlung) die Haare ausfallen werden. Stattdessen wird dies als selbstverständliche Folge aus der Tatsache behandelt, dass für die Patientin keine Chemotherapie vorgesehen ist. Der Zusammenhang zwischen Haarverlust und Chemotherapie wird als gemeinsames Wissen vorausgesetzt. So wird die Fehlannahme der Patientin darin lokalisiert, dass sie mit einer Chemotherapie gerechnet habe, nicht etwa darin, dass sie davon ausgeht, bei einer Bestrahlung könnten ebenfalls die Haare ausfallen. Im Kontext der Arzt-Patienten-Interaktion, in dem in erhöhtem Maße mit Wissensasymmetrien zu rechnen ist, sind solche unüberprüften Hypothesen über das Patientenwissen heikel, da oftmals unzutreffend, selbst wenn es sich um Sachverhalte handelt, die Ärzte als selbstverständlich empfinden.

Durch den Ausschluss der Chemotherapie wird nun eine vierte Therapieform eingeführt, welche jedoch nicht ganauer zu den vorgesehenen Behandlungen in Verhältnis gesetzt wird. Um Ordnung in diese Vielfalt an angesprochenen Therapieverfahren zu bringen und ihre Rolle gerade für den Fall der Patientin deutlicher zu machen, könnte es sich anbieten, ausführlicher auf deren jeweilige Anwendungsbedingungen einzugehen.

Zeilen 256-266

Nachdem klargestellt ist, dass keine Chemotherapie durchgeführt wird, führt der Arzt noch einmal die postoperativen Therapieschritte auf, die vorgesehen sind (Tablettentherapie und Bestrahlung, Z. 256-258) und betont abschließend, dass die Krankheit und ihre Folgen die Patientin nur vorübergehend beschäftigen werden. Nach Ratifizierung der Patientin geht der Arzt unmittelbar zur Festlegung eines OP-Termins über (Z. 265-266).

Erläuterungen

Die Tablettentherapie wird zum zweiten und letzten Mal erwähnt und nicht weiter erläutert (die OP wird hingegen später detailliert besprochen). Für die Patientin bleibt unklar, wie diese Therapie aussieht und welche Rolle sie im Behandlungsprozess insgesamt einnimmt. Der schnelle Übergang des Arztes zur Terminierung der Operation erschwert es, das Mitgeteilte zu prozessieren und gegebenenfalls Fragen zu stellen. Eine Entschleunigung des Informationsflusses scheint gerade auch angesichts des emotionalen Zustands der Patientin empfehlenswert.

3.4.4 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Unangesprochene Patientenannahmen hinsichtlich therapeutischer Nebenwirkungen

PatientInnen bringen diverse, möglicherweise unzutreffende Vorannahmen mit in das Gespräch, welche sich nicht zwangsläufig in der Interaktion manifestieren und entsprechend unbearbeitet aus dem Gespräch herausgetragen werden können.

Handlungsempfehlungen

- Erläuterung von Nebenwirkungen der unterschiedlichen Therapieformen nicht erst auf Anfrage hin bzw. bei manifesten Fehlannahmen, sondern standardmäßig bei Ankündigung der entsprechenden Behandlung
- Gegenüberstellung der Nebenwirkungen unterschiedlicher Therapieformen
- Erfragen und Besprechen von Patientenannahmen

Rückmeldesignale; Ausbleiben von Fragen

PatientInnen reagieren auf die von den Ärzten mitgeteilten Informationen häufig mit Schweigen oder mit positiven Rückmeldesignalen (*hm_hm*, *ja* etc.), deren Status im Hinblick auf ihr Verstehen bzw. den Aufbau eines ausreichenden Informationsgrads jedoch ungewiss ist. Zudem kann es sein, dass Fragen nicht verbalisiert

werden bzw. durch die psychisch belastende und kognitiv anspruchsvolle Situation gar nicht erst aufkommen, obgleich ihre Klärung für die PatientInnen von großer Bedeutung wäre.

Handlungsempfehlungen

- Routinemäßiges Erläutern bestimmter zentraler Gesichtspunkte wie Applikationsform der Therapie, Nebenwirkungen, Heilungschancen etc. (→ Diskussion darüber, welche Aspekte anzusprechen sind)
- Zeit lassen zur Verarbeitung einzelner thematischer Foki
- Verstehen von konkreten Aspekten aktiv erfragen

Haarverlust

In Zusammenhang mit therapeutischen Nebenwirkungen ist es vor allem der Haarverlust, der mit der Behandlung einer Krebserkrankung immer wieder in Verbindung gebracht wird. Diese Annahme kann sich hartnäckig halten, auch wenn Haarverlust nicht als Nebenwirkung der Therapie erwähnt oder gar implizit ausgeschlossen wurde.

Handlungsempfehlungen

- Ausdrückliche Informierung darüber, ob Haarverlust zu erwarten ist oder nicht, selbst wenn keine Chemotherapie vorgesehen ist – zumindest bei sehr besorgten PatientInnen. Dies beugt Missverständnissen vor und kann gleichzeitig beruhigend wirken.

Umgang mit latenten Patientenannahmen

Vor allem eine starke emotionale Reaktion der PatientInnen kann als Indikator dafür gewertet werden, dass sie sehr negative Erwartungen bezüglich der Erkrankung allgemein bzw. speziell ihrer Behandlung haben, welche fallabhängig mehr oder weniger zutreffend sein können.

Handlungsempfehlungen

- Spezifizierung der konkreten Annahmen und Sorgen der PatientInnen durch Nachfragen – ggf. auch mehrmals –, um adäquat auf sie eingehen zu können

- Den PatientInnen Raum geben, ihre Annahmen in das Gespräch einzubringen; bei Formulierungsschwierigkeiten Zeit lassen oder ggf. mit konkreteren Fragen Hilfestellung leisten
- Möglichst nicht unterbrechen

Aufklärung von Fehlannahmen; Wissensabgleich

Werden Fehlannahmen von PatientInnen im Gespräch eindeutig manifest, gilt es selbstverständlich diese zu beseitigen. Die Herausforderung liegt dabei in der Lokalisation der ‚Fehlerquelle' und in der Anpassung der Erläuterung an den Wissenshorizont der Patienten.

Handlungsempfehlungen

- Reflexion der Wissensvoraussetzungen, die für das Verstehen einer Erläu-ter-ung vonnöten sind
- Selbstverständlichkeiten hinterfragen
- Verstehen von Zusammenhängen durch Fragen einfordern

3.4.5 Schwerpunkt II: Abstimmung divergierender Relevanzsysteme

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einem 50-Jährigen Leukämiepatienten (Haarzellleukämie). Nachdem der Arzt die Diagnose verkündet und diese mit den Krankheitssymptomen in Verbindung gebracht hat, schlägt er dem Patienten vor, die Behandlung im Rahmen einer Studie durchzuführen, wofür ein weiteres Gespräch mit dem zuständigen Arzt vorgesehen wäre. Weiter erörtert er, dass es sich bei der Therapie um eine Bauchspritzenkur handele, was allerdings auch eine Form von Chemotherapie sei. Hieran schließt die folgende Gesprächspassage an.

▶ Analytischer Fokus

Bei der folgenden Transkriptanalyse geht es primär darum, sich damit auseinanderzusetzen, in welcher Form auf das Thema der Nebenwirkungen vom Arzt auf der einen und der Schwester des Patienten auf der anderen Seite eingegangen wird. Im Fokus soll dabei stehen, inwiefern eine Abstimmung der zugrundeliegenden Relevanzsysteme gelingt. Darüber hinaus soll allgemeiner über das Auslassen bestimmter Informationen unter Verweis auf vorgesehene Folgegespräche diskutiert werden.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie wird auf das Thema *Nebenwirkungen* im vorliegenden Ausschnitt Bezug genommen?

→ Gelingt es Arzt und Patient/Angehörige sich darüber zu verständigen?

→ Was erschwert diese Verständigung?

→ Gibt es wichtige Informationen, die im vorliegenden Kontext ausgelassen bzw. nur bedingt behandelt werden?

→ Wird dafür eine Erklärung geliefert?

3.4.6 Transkript

Transkriptausschnitt 3: „Blutwerte“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient mit Haarzellleukämie,
S: Schwester des Patienten

```
A:  °hh u::nd,
    es is SO dass,
    die WIRkung der chemotherapie?
    °hhh LETZTlich,
    (--) bei der MEHRzahl der patienten zur heilung führt.
P:  ja,
A:  Aber,
    (-) BIS das soweit ist,
    (1.4) sind (-) MEIstens einige wochen,
    (--) wo sich die blutwerte !NICHT! verbessern,
    °h sondern vorübergehend sogar SCHLECHter werden.
    das HEIßT vor allem,
    °h dass die infekTIONSanfälligkeit vorübergehend zunimmt;
P:  ja:,
A:  da muss man also gut auf sie AUFpassen.
P:  hm_HM,
A:  ne,
    DEShalb,
    diese behandlung !MUSS! in expertenhände.
P:  ja:,
```

[ca. 06:00 Min.: Taktung der Therapie; Verzicht auf Arbeit/körperliche Belastung; Blutwertkontrolle; Krankheitsentstehung; Vererbbarkeit der Krankheit; Überprüfung des Anschlagens der Therapie; Rückgang der Symptome; Nachsorge]

```
S:  und mit was muss er so rechnen wenn er diese äh SPRITze
    gekriegt hat,
    also ne freundin von mir die hatte äh BRUSTkrebs,
    und hatte AUCH ähm °hh chemotherapie,
    und da musst sie immer mit Übelkeit [und] so weiter,
A:                                      [ja,]
    genau DAS diese [detailfragen,]
S:                  [hm_HM,       ]
A:  DAfür ist [unsere] expertin da;
S:            [oKAY, ]
P:  [ja     ]
A:  [und die] erklärt ihnen geNAU,
    die STUdie,
    (-) die subSTANZ,
    (-) und die zu erWARtenden nebenwirkungen.
S:  oKAY.
A:  °hh in der REgel wird_s gut vertragen;
    (-) ähm-
    (-) und ich hab ihnen das HAUPT (.) problem bereits genannt,
    (--) dass die blutwerte vorübergehend (.) SCHLECHter werden
    als sie jetzt sind.
P:  ja:,
A:  ja,=das heißt aber !NICHT!,
    (--) dass es nicht !WIRKT!,
P:  ja,
```

```
636  A:  u::nd auch nicht gegen die KRANKheit wirkt,
637      das IST die,
638      wie ich ihnen das erKLÄRT hab,
639      logische FOLge der behandlung;
640 P:   ja:,
```

3.4.7 Analyse

Zeilen 318-337

Im Anschluss an die Erläuterung, dass es sich bei der Bauchspritzenkur um eine Chemotherapie handelt, teilt der Arzt mit, dass durch diese Behandlungsform eine hohe Heilungschance besteht. Allerdings hebt er ebenfalls hervor, dass zu erwarten ist, dass sich die Therapie vorübergehend negativ auf die Blutwerte und somit auch auf die Infektionsanfälligkeit des Patienten auswirken wird. Auf diese Weise stützt er seine folgende Aussage, die Behandlung müsse von Experten durchgeführt werden, die den Krankheitsverlauf überwachen.

Erläuterungen

Das Informieren über die Heilungsaussichten stellt ein fundamentales Moment im Aufklärungsprozess von PatientInnen dar, da dies besonders im Zusammenhang mit einer potenziell lebensbedrohlichen Erkrankung wie Krebs als das zentrale Anliegen der Betroffenen zu betrachten ist. Entsprechende Informationen sind nicht nur für deren Orientierung ausschlaggebend, ein akkurates Verständnis der positiven Auswirkungen der Therapie kann sich als maßgeblicher Faktor für die Adhärenz herausstellen. Dass die Aussage des Arztes verhältnismäßig vage bleibt („bei der MEHRzahl der patienten“, Z. 322), ist darauf zurückzuführen, dass genauere Angaben erst im Gespräch mit der Studienärztin vorgesehen sind. Grundsätzlich ist es zur Erleichterung einer partizipativen Entscheidungsfindung wünschenswert, in Zusammenhang mit den Heilungschancen möglichst präzise Auskünfte zu erteilen.

Die Aufklärung über die negativen Folgen der empfohlenen Behandlung ist in diesem Sinne ebenfalls wichtig, um den Patienten damit vertraut zu machen, was ihn im Laufe der Therapie erwartet bzw. erwarten würde. In Fällen wie dem vorliegenden, in dem die (messbaren) Symptome der Erkrankung und die therapeutischen Nebenwirkungen (teils) identisch sind (hier: schlechtere Blutwerte), scheint eine entsprechende Vorwarnung – wie der Arzt sie liefert – mit Blick auf die Therapietreue besonders ratsam. So wird bereits vorausgreifend Zweifeln an der Behandlung entgegengewirkt, die auftreten könnten, wenn sich die Auswirkungen der Krankheit im Zuge der Therapie scheinbar verschlimmern.

Zeilen 613-616

Die Schwester des Patienten erkundigt sich nach den Nebenwirkungen der Therapie, indem sie fragt, womit ihr Bruder währenddessen „so rechnen [muss]“ (Z. 613). Dabei nimmt sie Bezug auf Vorerfahrungen mit Krebs (wenn auch Brustkrebs) in ihrem Bekanntenkreis und führt Übelkeit als konkretes Beispiel an.

Erläuterungen

Hier zeigt sich, dass die vorherigen Ausführungen des Arztes zur vorübergehenden Verschlechterung der Blutwerte und der Infektionsanfälligkeit aus Sicht der Schwester einem alltagsweltlichen Verständnis von Nebenwirkungen nicht entsprechen bzw. dass sie diese überhaupt nicht mit dieser Thematik in Verbindung gebracht hat (andernfalls hätte sie eher nach einer Spezifizierung gefragt und nicht eine völlig unabhängige Frage angesetzt). Mit dem Beispiel der Übelkeit signalisiert sie, dass sie mit ihrer Frage auf konkrete für den Patienten körperlich wahrnehmbare Beschwerden abzielt und weniger auf abstrakte medizintechnisch messbare Größen wie etwa Blutwerte.

Zeilen 617-632

Der Arzt verweist für die Beantwortung der Frage zunächst auf das Gespräch mit der Studienärztin, das für die Klärung entsprechender Details vorgesehen ist. Dies wird sowohl von der Schwester als auch vom Patienten selbst ratifiziert. Im weiteren Verlauf gibt der Arzt dennoch ein paar allgemeine Auskünfte: Er gibt an, dass das Medikament in der Regel gut vertragen wird und nimmt zudem Rückbezug auf seine vorherige Aussage hinsichtlich der Verschlechterung der Blutwerte.

Erläuterungen

Die wenig ausführliche Bearbeitung der Frage ist auch hier – wie der Arzt auch offenlegt – durch das vorgesehene Folgegespräch bedingt, in welchem die gewünschten Informationen bereitgestellt werden sollen. Wichtig ist in einem solchen Kontext vor allem, dass PatientInnen klar kommuniziert wird, dass ein solches Gespräch stattfinden wird und um welche Inhalte es darin gehen soll. Gerade wenn akute Fragen vorerst zurückgewiesen werden, muss deutlich werden, dass den Betroffenen in weiteren Gesprächen hinreichend Raum für ihre Anliegen geboten wird. Auf diese Weise wird der institutionell geplante, gesprächsübergreifende Kommunikationsverlauf transparent gemacht und PatientInnen sind im Bilde über ihre Informationsmöglichkeiten und fühlen sich nicht im Stich gelassen. Gleichzeitig haben sie die Möglichkeit aktiv zu den kommunikativen Abläufen Stellung zu beziehen.

Nichtsdestoweniger ist es ratsam, dennoch zumindest allgemeine Auskünfte zu erteilen, gerade wenn es um Aspekte geht, die angesichts einer solch belastenden

Diagnose für die PatientInnen und ihre Angehörigen einen besonders hohen Stellenwert haben. Der Arzt reagiert hier auf ein solches potenzielles Bedürfnis, indem er vorwegnimmt, dass die Therapie grundsätzlich gut vertragen wird, sodass dem Patienten eine erste Angst genommen ist. Seine kurze Ergänzung hinsichtlich der Blutwerte reproduziert allerdings explizit eine bereits gegebene Information.

Auch wenn dies durch die Verknüpfung mit der Wirksamkeit der Therapie bedingt sein mag (s. unten), ist durch die vorangegangene Frage der Schwester doch zum Ausdruck gekommen, dass ihr Interesse vor allem auf alltagsweltliche Erfahrungskategorien gerichtet ist. Dadurch deutet die Frage – wie bereits erwähnt – auch darauf hin, dass die Verschlechterung der Blutwerte eben nicht als hinreichend informativ bzw. ihren Relevanzen entsprechend betrachtet wird. Auf solche Signale gilt es zu achten und situationssensitiv zu reagieren.

Zeilen 633-640

Im Anschluss betont der Arzt noch einmal, dass die vorübergehende Verschlechterung der Blutwerte therapiebedingt zu erwarten ist und dass dies nicht die Wirkung der Behandlung infrage stellt.

Erläuterungen

Diese Hervorhebung zielt hier erneut darauf ab, präventiv dem Anzweifeln der Wirksamkeit der Therapie aufgrund von Negativeffekten vorzugreifen. Wie anfangs erwähnt, ist dies bei einer (partiellen) Übereinstimmung von Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen der Behandlung besonders wichtig.

3.4.8 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Nebenwirkungen und Patientenkategorien

Die Orientierung von ÄrztInnen und PatientInnen an unterschiedlichen Relevanzsystemen kann im Gespräch zu Unklarheiten bezüglich des Redegegenstandes bzw. zu einer divergierenden Perspektivierung dessen führen. So kann etwa ein unterschiedliches Verständnis davon vorherrschen, was als Nebenwirkung zu werten ist, oder mittels welcher Kategorien auf Nebenwirkungen Bezug zu nehmen ist. Während PatientInnen sich primär an der Ebene ihrer unmittelbaren körperlichen Erfahrung orientieren, stellen ÄrztInnen ggf. diverse Messwerte und Indikatoren im Rahmen eines medizinischen Kategoriensystems in den Vordergrund, welches den PatientInnen nicht ohne weiteres zugänglich bzw. für sie von sekundärem Interesse ist.

Handlungsempfehlungen

- Bezugnahme auf die Erfahrungsebene der PatientInnen bei der Mitteilung von Nebenwirkungen (Wie wird der/die Betroffene die Nebenwirkungen ‚am eigenen Leib' erleben?)
- Übersetzung relevanter medizinischer Konzepte in alltagsweltliche Kategorien (z.B. *Eine erhöhte Infektionsanfälligkeit führt dazu, dass sie leichter eine Grippe bekommen und dann mit Fieber, Husten und Schnupfen im Bett liegen.*)
- Thematische Rahmung entsprechender Informationen durch (möglichst laientaugliche) Schlüsselbegriffe (z.B. *Mit den* Nebenwirkungen *sieht es folgendermaßen aus: …*), sodass das Mitgeteilte eindeutig einem bestimmten Thema zugeordnet werden kann

Verträglichkeit der Therapie

Auch wenn für eine ausführliche Informierung zu den Wirkungsweisen einer anstehenden Behandlung weitere Gespräche vorgesehen sind, kann es für eine basale Orientierung der PatientInnen von großer Bedeutung sein, zumindest eine grobe Auskunft diesbezüglich zu erhalten.

Handlungsempfehlungen

- Möglichst spezifisch über Verträglichkeit und Nebenwirkungen der empfohlenen Therapie informieren bzw. auf den Kontext verweisen, in dem dies geschehen wird

Wirksamkeit der Therapie und Art der Nebenwirkungen

Da in der Folge der Behandlung einer Krebserkrankung üblicherweise (mehr oder minder schwere) Nebenwirkungen von PatientInnen antizipiert werden, ist i.d.R. auch nicht zu erwarten, dass sie aus diesen Rückschlüsse auf ein mangelndes Anschlagen der Behandlung ziehen. Dies könnte jedoch durchaus der Fall sein, wenn dieselben Symptome, die in Zusammenhang mit der Erkrankung aufgetreten sind, durch die Therapie vorübergehend intensiviert statt gelindert werden.

Handlungsempfehlungen

- Vorwarnung der PatientInnen, dass sich die spezifische Krankheitssymptomatik im Zuge der Therapie vorübergehend verschlechtert
- Betonung, dass dies kein Zeichen für das Fehlschlagen der Therapie ist, sondern dass nach dieser Phase ein Therapieerfolg zu erwarten ist (wenn möglich hinzufügen, wie hoch diese Erwartung ist)

Transparenz des gesprächsübergreifenden Kommunikationsverlaufs

Die Aufklärungsgespräche vom untersuchten Typ sind zwar die ersten, aber nicht die einzigen in einer Reihe weiterer therapiebezogener Interaktionen zwischen den PatientInnen und ÄrztInnen unterschiedlicher Expertise und institutioneller Zuständigkeit. Entsprechend kommt es vor, dass spezifische Themen aus dem initialen Aufklärungsgespräch quasi ‚ausgelagert' bzw. nur oberflächlich bearbeitet werden. Dies betrifft nicht nur Fälle, in denen eine Studienteilnahme im Raum steht, sondern bspw. auch solche, in denen ein präoperatives Aufklärungsgespräch vorgesehen ist. Ein Vetrautmachen der PatientInnen mit diesen institutionellen kommunikativen Abläufen ist wichtig, um auch im Weiteren einen erfolgreichen und zufriedenstellenden Informationsfluss zu gewährelisten.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen sollten über den weiteren Kommunikationsverlauf in der Klinik, i.e. über anstehende Gespräche, die für die Aufklärung bzw. Informierung und Planung vorgesehen sind, in Kenntnis gesetzt werden.
- Es sollte offengelegt werden, wann welche Themen besprochen werden und ausdrücklich auf Klärungsmöglichkeiten außerhalb des gegenwärtigen Gesprächs hingewiesen werden, wenn ein bestimmtes Anliegen nicht ausführlich behandelt werden kann.

- Die wichtigsten (→ Diskussion darüber) Informationen sollten, sofern möglich, trotz Folgegesprächen bereitgestellt werden, da das initiale Aufklärungsgespräch das Fundament für den weiteren Kommunikationsverlauf und die Beziehung zwischen den PatientInnen und den behandelnden ÄrztInnen bzw. der Institution allgemein legt und für die erste psychisch-emotionale sowie sachlich-krankheitsbezogene Orientierung der PatientInnen in dieser schweren Lebenssituation ausschlaggebend ist.

3.5 Modul 3: Krankheitsform und Begründung der Therapieempfehlung

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 45-Jährigen Brustkrebspatientin, welche recht überrascht auf das schlechte Ergebnis der histologischen Untersuchung reagiert. Nach der Diagnoseübermittlung kommt zur Sprache, dass der Tumor zeitnah aus der Brust zu entfernen ist und die Patientin fragt nach Metastasen. Der Arzt erklärt recht ausführlich das Prozedere bei der Operation mit Fokus auf der Entfernung und Untersuchung des Wächterlymphknotens, durch die in Erfahrung gebracht wird, ob die Tumorzellen bereits aus der Brust weitergewandert sind. Schließlich kündigt er an, dass auch weitere Untersuchungen vorgesehen sind, um festzustellen, ob der Tumor in andere Organe gestreut hat. Daran schließt die folgende Sequenz an.

▶ Analytischer Fokus

Bei der Analyse des folgenden Transkriptausschnitts liegt der Schwerpunkt auf den diversen Schwierigkeiten bei der Verständigungssicherung im Zusammenhang mit medizinisch vorgesehenen Therapiemaßnahmen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Grund für die Empfehlung einer Chemotherapie der Patientin trotz der Ausführungen des Arztes nicht ersichtlich wird, sollen die potenziellen Ursachen dafür diskutiert und Vorschläge erarbeitet werden, wie man den Verstehensprozess hätte erleichtern können. Dabei sollen die Informationen, die der Arzt bereitstellt, sowie die konkreten Konzepte und Erklärungsstrategien, die er verwendet, kritisch reflektiert werden.

Zudem sollen der psychische Zustand der Patientin und ihre implizite Haltung zur Chemotherapie hinsichtlich ihres Einflusses auf die Verständigung und die Entscheidungsfindung zur Sprache kommen.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie begründet der Arzt die (potenzielle) Empfehlung einer Chemotherapie?

→ Welche Konzepte kommen dabei zum Einsatz und wie werden sie miteinander verknüpft?

→ Wie passt der Arzt seine Ausführungen nach den Nachfragen der Patientin an?

→ Können Sie problematische Gesichtspunkte der ärztlichen Darstellung identifizieren?

→ Welche Zusatzinformationen/alternativen Erklärungsstrategien hätten zu einer besseren Verständigung beitragen können?

→ Äußert sich in den Beiträgen der Patientin eine bestimmte Haltung gegenüber der Chemotherapie?

→ Inwieweit beeinflusst diese die Verständigung bzw. die Möglichkeiten bei der Entscheidungsfindung?

3.5.1 Transkript

Transkriptausschnitt 4: „Ja, weshalb, wenn das doch alles draußen ist?“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Brustkrebspatientin

```
A:  (1.7) und DANN,
    wenn wir alle ergebnisse zuSAMmen haben,
    also mit dem TUmor raus,
    den wächterlymph die LYMPHknoten,
    oder d_nur den WÄCHterlymphknoten raus,
    (1.5) dann muss man sich später noch überLEgen,
    (0.7) °hh [ob sie vielleicht ne CHEmotherapie brauchen.]
              [((Papier rascheln bis 03:31))               ]
    (1.6)
P:  ja wes[hAlb wenn das] doch alles DRAUßen is,
A:        [in des:::    ]
A:  ja wenn des alles DRAUßen wäre,=
    =dann (.) würde KEIN mensch angst haben vor brUstkrebs,
P:  hm_HM;
A:  (-) dann könnte man des alles opeRIEren,
    und DAmit wär gu:t?
    (0.6) des (.) proBLEM is,
    dass:: s:_äh:m es verSTECKte_äh:m,
    karziNOMzellen geben können,
    die sich so im KNOchenmark festsetzen,
    (0.5) °h und dann irgendwie nach JAHren,
    äh::m,
    (-) metasTAsen bilden können.
    (1.1) und um DIEse:_e,
    TUmorzellen,
    die vielLEICHT irgendwo sind,
    das weiß kein MENSCH;=ja?
    (-) zu reduZIER_N,
    wäre ne chemotherapie WICHtig;
    weil das probLEM is,=
    =die tumoren werden ja nur ZUsätzlich untersucht;
    (0.6) ihr tumor hat GUte eigenschaften,
     und ein bisschen WEniger gute eigenschaften;
    ((zieht die Nase hoch)) EInerseits:,
    (.) äh:m,
    ((rascheln, Papier blättern))
A:  spricht er auf hormone AN,
    das ist GU:T,
    (0.9) Aber es gibt diesen proliferationsmarker,
    dieses ki: SIEbenundsechzig,
    (2.1) °h der ist jetzt nicht ex!TREM! erhöht,
    Aber wir sagen,=
    =bis fünfzehn is er NIEDrig,
    und über fünfzehn über ZWANzig,
    °h (1.5) zählt der zu den etwas aggresSIveren tumoren;
    (.) ja?
    ich mein wenn sie jetzt achtzig oder NEUNzig prozent hätten,
    dann hätten sie einen HOCHaggressiven tumor,
    °h des haben sie in dem sinn NICHT.
    (.) ja?
    (0.9) A:ber,
    i_in bezug auf ihrem jugendlichen ALter,
```

```
178      und (.) mit (.) diesem proliferaTIONSmarker,
179      [((rascheln))]
180  A:  [(-) °h      ] KANN es gut sei:n,
181      (0.6) wie gesagt das is nicht SICHer,
182      aber es KANN gut sein,
183      (-) dass wir ihnen dann hinterher noch ne CHEmotherapie
         vorschlagen.
184      (0.7) WERden.
```

[ca. 01:50 Min.: Themen: Besprechung des Falls im Tumorboard; Reihenfolge der Therapiemaßnahmen (OP, Bestrahlung, Anti-Hormon-Therapie); Dauer der einzelnen Schritte und der Therapie insgesamt]

```
253  P:  und jetzt nochmal CHEmo[thera ]pie,
254  A:                         [hm_HM,]
255      müsste ich HAben weil?
256  A:  weil der tumor ein LEICHT ag[gres]sives wAchstum zeigt.
257  P:                              [JA:;]
258  A:  (.) ja.
259  P:  aber das wird alles NACH der ope: wird [man sAgen ob oder-]
260  A:                                         [NOCHmal bestimmt;=]
261  A:  =aber von dem was ich JETZT schon von dem tumor wEiß,
262      (.) sonst würd ich das (.) thema chemotherapie gar nicht
         ANsprechen bei ihnen,
263      °hh würd ich sagen bei dreißig proZENT:,
264      und:-
265      ich mein wenn sie jetzt ACHzig wär_n dann nIch,=
266      =aber sie sind ja erst fünfundVIERzig;=ja,
267      °hh ÄH:M,
268      (0.9) WÜRde man sich: (.) ew-
269      (1.1) WÜRD ich mal sagen,=
270      =zu ACHzig prozent dazu entscheiden dass sie chEmotherapie
         bekommen.
```

[ca. 03:00 Min.: Patientin beginnt zu weinen; Besprechung von: Krebserkrankung der Schwester der Patientin, welche mit Bestrahlung aber nicht mit Chemotherapie behandelt wurde; Ansprechen auf Hormone als positives Merkmal; negative Wirkung der Chemotherapie; Heilungsprognose; Überraschung der Patientin von der schlechten Diagnose]

```
406  P:  ja: un, h°
407      (1,0) <<weinend> ach ich weiß AUCH nich.
408      ich hab IMmer g_sagt,
409      wenn_s so IS,
410      dann la_ich mir einfach (.) die BRÜSte abmachen;>
411  A:  ?hm_hm=
412  P:  <<weinend>=dass GAR nix mehr kommt_h°;>
413  A:  das hat DAmit nix zu tun.
414      (--)
415  P:  ((zieht die Nase hoch))[ja aber warum dann (.) KOMMT] doch
         nix mehr;=oder?
416  A:                         [das kann man NICH sagen.    ]
417      ((Geräusche im Hintergrund bis 10:45))
418  A:  (---) an der BRUST,
419      (-) aber des is des WEnigst schlimmste;
420      wenn wieder was kOmmt und in der BRUST was kommt,
421      is des HARMlos.
```

```
422      (--) aber wenn in der leber der lunge oder der KNOCHen was
         kommt,
423      dann kriegt man des nicht mehr WEG.
```

3.5.2 Analyse

Zeilen 127-133

Der Arzt eröffnet der Patientin, dass nach der Operation zu entscheiden ist, ob zusätzlich eine Chemotherapie vonnöten ist.

Zeilen 135

Dies trifft auf Unverständnis bei der Patientin: Sie fragt nach dem Grund für eine Chemotherapie und äußert dabei ihre bisherige Erwartung, dass mit der Entfernung des Tumors aus der Brust die Gefahr beseitigt sei.

Erläuterungen

Hier tritt eine gängige Annahme von Brustkrebspatientinnen zu Tage, nämlich dass es sich bei Brustkrebs um eine lokal begrenzte Erkrankung handele. Es ist oftmals nicht bewusst, dass auch im Falle keiner eindeutig feststellbaren Metastasierungen in andere Organe das Risiko besteht, dass Krebszellen auch an anderen Stellen im Körper vorhanden sind, und therapeutische Maßnahmen dementsprechend von den speziellen Eigenschaften des Tumors abhängen.

Zeilen 137-154

Der Arzt weist die Annahme der Patientin zurück, indem er hervorhebt, dass Brustkrebs mit einer Operation nicht hinreichend behandelt ist.

In einem zweiten Schritt geht der Arzt auf die Frage der Patientin ein: Es könnten sich auch im Knochenmark Tumorzellen befinden, die eine Metastasierungsgefahr bergen, sodass die Chemotherapie prophylaktischen Charakter hätte und darauf abzielte, diese möglicherweise vorhandenen Zellen zu reduzieren.

Erläuterungen

Auch wenn der Arzt hier eine Begründung für die potenzielle Notwendigkeit einer Chemotherapie liefert, könnte deren Erklärungspotenzial durch eine systematischere Darstellung des Krankheitsbildes *Brustkrebs* verstärkt werden. Angesichts der zuvor geäußerten Fehlannahme der Patientin, Brustkrebs (der nicht bereits in andere Organe metastasiert ist) wäre lokal ausreichend behandelbar, könnte es sich als hilfreich erweisen, den systemischen Charakter der Erkrankung explizit

hervorzuheben. Dies würde auch die Verbindung zwischen den Tumorzellen in der Brust – aufgrund derer die Krankheit ihren Namen erhält – und den vielleicht versteckten im Knochenmark für die Patientin leichter zugänglich machen.

Zeilen 155-184

In seinen anschließenden Ausführungen geht der Arzt nun auf die Tumorbiologie des konkreten Tumors der Patientin ein. Dabei stellt er die guten Eigenschaften (Ansprechen auf Hormone) den schlechten (erhöhtes KI-67) gegenüber und stuft den Tumor der Patientin anhand entsprechender Prozentwerte als „etwas aggressIveren“ (Z. 170) ein. Auf der Grundlage dieser Werte hebt er dann auch beschwichtigend hervor, dass es sich nicht um einen „HOCHaggressiven“ (Z. 175) handle. Abschließend liefert er noch einmal eine Begründung für die potenzielle Chemotherapie, diesmal mit explizitem Bezug auf den konkreten Fall der Patientin: Die ausschlaggebenden Faktoren seien der Wert des Proliferationsmarkers sowie das verhältnismäßig junge Alter der Patientin.

Erläuterungen

Grundsätzlich ist anzumerken, dass es durchaus erstrebenswert ist, PatientInnen mit einzelnen Aspekten ihrer Befunde vertraut zu machen – gerade mit solchen, die ausschlaggebend für die Einstufung des Schweregrads der Erkrankung und entsprechend für die Therapieempfehlung sind. Allerdings ist dies am fruchtbarsten, wenn einerseits – sofern möglich – ein expliziter Zusammenhang zu den im Gespräch bisher gelieferten Informationen hergestellt wird und andererseits eine Einbettung in eine grundlegende Darstellung der Krankheitsstruktur und der Diagnosestellung stattfindet.

Im vorliegenden Fall bleibt beides aus: Zum einen wird keine explizite Verbindung hergestellt zwischen den eingeführten Tumoreigenschaften und den zuvor erwähnten Krebszellen, die sich im Knochenmark befinden könnten.

Zum anderen werden weder die Tumoreigenschaften im Speziellen noch die davon abgeleitete Aggressivität mit den konkreten innerkörperlichen Prozessen verknüpft, deren Kenntnis der Patientin helfen könnte, den Wirkmechanismus ihrer Krankheit besser zu verstehen und dadurch auch besser nachzuvollziehen, was eine Chemotherapie einzigartig in Bezug auf die Bekämpfung dieses Mechanismus macht. Ähnliches lässt sich für das junge Alter der Patientin festhalten, welches abschließend als Begründungskriterium erwähnt wird, ohne dass ausgeführt wird, welche Aspekte es für die Therapiewahl als bedeutsam qualifizieren.

Auch wird die konkrete lebens- und behandlungspraktische Relevanz der Unterscheidung zwischen dem etwas aggressiveren Tumor der Patientin und einem hochaggressiven Tumor, den sie „in dem sinn NICHT“ (Z. 174) hat, nicht dargelegt. Obgleich eine solche Mitteilung grundsätzlich tröstend wirken kann, sollte klargemacht werden, welche Vorteile sich für die Patientin daraus ergeben, dass der

Tumor ‚nur' etwas aggressiver und nicht hochaggressiv ist, da sie sonst ggf. ‚leer läuft'. Angesichts dessen ist auch die Funktion der Nennung der prozentualen Klassifikation genauer zu betrachten. Diese kann prinzipiell hilfreich sein, wenn es darum geht, die eigene Krankheit anhand einer konkreten Skala einschätzen zu können. Docken derartige Informationen jedoch nicht an die Erfahrungsebene der Patienten an, wird ihre Verarbeitung und Integration in den bisherigen Wissenshorizont erschwert, sodass sie eine erhöhte kognitive Belastung darstellen und dem Verstehen eher entgegenwirken könnten als es zu fördern.

Zeilen 253/255

Die Patientin fragt erneut nach, warum eine Chemotherapie erforderlich sein könnte.
Hier äußert sich nun, dass die vorherigen Erläuterungen des Arztes nicht dazu geführt haben, dass sich auf Patientenseite ein Verstehen der Sachlage eingestellt hat.

Zeilen 256-258

Der Arzt antwortet diesmal ausschließlich mit Bezug auf die Aggressivität des Tumors, wobei nun etwas konkreter von einem (leicht) aggressiven *Wachstum* die Rede ist. Die Patientin ratifiziert diese Erklärung, noch bevor der inhaltliche Kern der Mitteilung zum Ausdruck gekommen ist.

Erläuterungen

Die Antwort des Arztes fällt wesentlich knapper aus als im ersten Anlauf (dabei kann das früh einsetzende, überlappende Bestätigungssignal der Patientin eine Rolle gespielt haben). Dass sich die Aggressivität auf das Wachstum des Tumors bezieht, stellt eine neue Information dar, welche jedoch nach wie vor nicht explizit mit den potenziellen Krebszellen außerhalb der Brust in Verbindung gebracht wird, die ausschließlich mit einer Chemotherapie und nicht mit einer OP behandelt werden können.

Zeilen 259

Die Patientin geht nicht weiter auf die Erklärung des Arztes ein, sondern sucht sich stattdessen zu vergewissern, dass die endgültige Entscheidung, ob eine Chemotherapie durchgeführt werden soll, erst nach der Operation fällt.

Erläuterungen

Die Patientin arbeitet darauf hin, die Festlegung der bisher nicht zwangsläufig vorgesehenen Chemotherapie hinauszuzögern bzw. die Hoffnung aufrechtzuerhalten, dass diese doch nicht nötig sein wird. Eine solche Haltung macht es noch wichtiger, der Patientin die ausschlaggebende Rolle dieser Form der Therapie für eine langfristige Heilung nahezubringen bzw. im Sinne eines *informed consent* die Folgen der Behandlung den Konsequenzen bei deren Ausbleiben gegenüberzustellen. Gerade im Falle eines latenten (und im vorliegenden Gespräch später auch expliziten, s. Beispiel 6) Widerstands von PatientInnen gegenüber einer Therapieform ist dies unabdingbar, wenn man eine selbstbestimmte, kompetente Entscheidungsteilhabe der Betroffenen ermöglichen möchte. Auch wenn die abschließende Empfehlung noch nicht gesichert ist, nimmt die Besprechung der (wahrscheinlichen) Chemotherapie im Gespräch so viel Raum ein, dass auch diese Aspekte entsprechend zur Sprache kommen sollten.

Zeilen 260-270

Der Arzt bestätigt, dass der verbindliche ‚Vorschlag' erst nach der Operation feststehen wird, macht jedoch gleichzeitig deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Chemotherapie mit 80% recht hoch ist. Dabei bezieht er sich erneut begründend auf den Wert des Proliferationsmarkers („bei dreißig proZENT:,", Z. 263) sowie auf das Alter der Patientin, welche als 45-Jährige anders zu behandeln sei als eine 80-Jährige.

Erläuterungen

Positiv hervorzuheben ist hier, dass der Arzt der Patientin keine Illusionen macht. Er lässt sich nicht auf den Prokrastinationsversuch der Patientin ein und offenbart ihr, dass die Anzeichen klar auf eine Chemotherapie hindeuten. Bei der Begründung beschränkt er sich jedoch auf Informationen, die er zuvor bereits zu Verfügung gestellt hat, welche aber – wie die erneute Nachfrage der Patientin gezeigt hat – offensichtlich nicht zu einer befriedigenden Beantwortung der Frage beigetragen haben. Das ausbleibende Verstehen der Patientin kann zweifelsohne dadurch beeinflusst sein, dass sie den Tatsachen ungerne ins Auge blicken möchte, was allerdings eine fundiertere Erklärung umso wichtiger erscheinen lässt.

Zeilen 406-415

Die Patientin äußert ihre Überlegung, sich die Brüste amputieren zu lassen, um sich so vor der Krankheit zu schützen. Der Arzt weist diese Möglichkeit zurück, woraufhin die Patientin ihr Unverständnis kundtut, indem sie nach einer Begründung fragt und dabei nochmals ihre Annahme hervorhebt, dass nach einer Entfernung der gesamten Brust inklusive des Tumors ‚nichts mehr kommen würde'.

Erläuterungen

Hier zeigt sich, dass die Patientin weiterhin an der Vorstellung festhält, ihre Erkrankung sei lokal behandelbar und entsprechend mit einer vollständigen Entfernung der Brüste geheilt. Auch wenn dies als letzter verzweifelter Versuch betrachtet werden kann, die Chemotherapie abzuwenden, tritt dabei dennoch zu Tage, dass die Kernproblematik der potenziell andernorts versteckten Krebszellen immer noch nicht erkannt worden ist.

Zeilen 416-423

Der Arzt erklärt, dass durch die Brustamputation nur dieser Bereich vor der Krankheit sicher sei, dass sie aber in anderen Organen, deren Befall weitaus kritischer ist, dennoch auftreten könne.

Erläuterungen

Auch hier hätte noch einmal die Möglichkeit bestanden, den Rückbezug zu den potenziell versteckten Tumorzellen herzustellen, durch welche die Gefahr, dass der Krebs in anderen Organen auftaucht (selbst wenn dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht geschehen ist), erhöht ist, woraus sich eben die Indikation für eine Chemotherapie ergibt.

3.6 Modul 3: Vergleichsbeispiel

▶ Kontextinformation

Der vorliegende Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 51-Jährigen Brustkrebspatientin, der nach der Diagnosemitteilung eine Operation sowie eine neoadjuvante Chemotherapie angeraten werden. Nachdem die Eigenschaften des Tumors ausführlich dargestellt und der vorgesehene Therapieverlauf erklärt wurden, stellt der Ehemann der Patientin eine Frage nach der besten Therapie.

▶ Leitfragen für die Analyse

Stellen Sie die Erläuterungen des Arztes aus der folgenden Gesprächspassage denen des Arztes aus dem vorangegangenen Ausschnitt gegenüber.

→ Welches sind die zentralen Unterschiede?

→ Können Sie in den Ausschnitten Informationen und/oder Darstellungsweisen identifizieren, die im jeweils anderen Fall hätten hilfreich sein können?

3.6.1 Transkript

Transkriptausschnitt 5: „Aber man weiß inzwischen, dass es ne systemische Erkrankung ist“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Brustkrebspatientin, E: Ehemann der Patientin

```
248  E:  (--) WAS wäre der sicherschte weg (.) zur gesundung,
249      (-) DER den sie jetzt beschriebe habe,
250      (-) oder eher in ANführungszeiche,
251      so wie ich_s als LAIe jetzt ausdrücken kann,
252      ne radikale operaTION;
253      (--)
254  A:  hm_HM,
255      ((schnalzt)) ä::hm,
256      (--) ne: (.) radiKAle operatio:n,
257      is,
258      loKA:L radikal;
259  E:  [ja:,]
260  A:  [also] sprich da würd ma LOkal,
261      (-) den TUmor und die brust wegmachen.
262  E:  ja,
263  A:  oKAY.
264      °hhh ä:hm,
265      (--) DIEse,
266      (--) ä::h,
267      diese CHEmotherapie?
268      die wirkt auf den GANzen körper;
269  E:  hm_HM,
270      (--)
271  A:  wir unterSUchen ihre frau,
272      dass IN den organen nix is,
273      °h SEhen in auf den bildern kann man nur,
274      (.) GRO:ße [zell]haufen,
275  E:             [ja, ]
276  E:  is mir KLAR,
277      (-)
278 A:   trotzdem (.) !KÖN!nte irgendwo in lymphdrüsen oder in in
         blutgefäßen,
279      KLEIne zellen sein,
280      die ma JETZT nit sehen kann,
281  E:  [hm_HM,]
282  A:  [°hh   ] und DAdrauf würde die chemo wirken,
283  E:  hm_HM,
284  A:  so dass DES,
285      (.) ä:hm,
286      des-
287      vom für_n GANZen körper,
288      des momentan BESCHte is,
289      einfach um zellen die man NIRgends sieht,
290      die DEnen den gAraus zu machen;
291      °hh und da komm sie mit der loKAlen,
292      RAdikalen operation,
293      AU net hin;
294      da ham_se zwar die BRUST entfernt,
```

```
295      aber wenn IRgendwo jetzt was in zellen sitzt,
296      das KRIEge sie damit net;
297      und das [wächst] dann WEIter,
298  E:          [ja,   ]
299  A:  (--) und [DESwegen,]
300  E:           [oKAY,    ]
301  A:  DArum,
302      DESwegen macht man das heutzutage so,
303      dass man man SIEHT einfach,
304      BRUSTkrebs is,=
305      =früher hat man gedacht naja loKAL da is und fertig,
306      aber man WEIß inzwischen,
307      dass das ne (.) sysTEmische erkrankung isch,
308      sprich,
309      sie HAM ne-
310      ä::hm ma muss das (-) GANZheitlich angehen,
311      und auf die TUmoreigenschaften angehen,
312      und nit einfach nur operieren und dann ist schon GUT;
313      DES hat ma früher gedacht,
314  P:  [hm hm_HM,]
315  A:  [und damit] hat man WEniger freuen heile können als jetzt
         heutzutage,
316      wo man das so GANZ individuell speziell angeht;
```

3.6.2 Analyse

Zeilen 248-253

Der Ehemann der Patientin thematisiert eine Brustamputation und fragt nach deren Effektivität im Vergleich zu dem vom Arzt geschilderten Therapieplan (Chemotherapie und brusterhaltende Operation).

Erläuterungen

Auch hier äußert sich die Annahme bzw. Hoffnung, man könne durch eine Brustamputation eine Chemotherapie vermeiden.

Zeilen 254-268

Der Arzt beantwortet dies, indem er erklärt, dass eine Brustamputation ausschließlich lokal wirkt, während eine Chemotherapie den ganzen Körper miteinschließt.

Erläuterungen

Der Arzt nutzt alltagsnahe Kategorien, die medizinischen LaiInnen leicht zugänglich sind: Die Fokussierung auf *die Brust* im Falle einer ‚radikalen' Operation wird der Wirkung auf *den ganzen Körper* im Falle der Chemotherapie gegenübergestellt. So ist der Unterschied der beiden Therapieformen hinsichtlich ihres Wirkungsbereichs explizit im Gespräch etabliert. Zudem führt die Voranstellung der jeweiligen Therapieform („ne: (.) radiKAle operatio:n,", Z. 256; „diese CHEmotherapie?", Z. 267) vor die diesbezüglichen Erläuterungen dazu, dass der thematische Fokus deutlich wird.

Zeilen 271-298

Im Folgenden erwähnt der Arzt noch einmal, dass weitere Untersuchungen auf Metastasen in anderen Organen vorgesehen sind. In diesem Kontext nimmt er dann Bezug auf die bildgebenden Untersuchungsverfahren und erklärt, dass diese Verfahren Zellen nur ab einer bestimmten Größe bzw. einem bestimmten Akkumulationsgrad erfassen. Die Chemotherapie solle auf potenziell außerhalb der Brust vorhandene Zellen wirken, die auf den Bildern nicht zu erkennen sind. Er betont, dass dies entsprechend für den Körper insgesamt das Beste sei. Daran anknüpfend hebt er hervor, dass man mit einer lokalen Behandlung an diese Zellen nicht herankommt, sodass die Gefahr besteht, dass diese weiterwachsen.

Erläuterungen

Obgleich die potenziell ‚versteckten' Zellen auch im vorigen Gesprächsausschnitt als Grund für die Chemotherapie angeführt werden, wird diese Information mit der Bezugnahme auf die Bildgebung hier auf andere Weise und deutlich anschaulicher gerahmt: Die mangelnde Gewissheit bezüglich des Vorhandenseins solcher Zellen wird damit erklärt, dass diese zu klein bzw. zu zerstreut sind, um auf den Bildern sichtbar zu sein. Außerdem kontrastiert der Arzt auch mit Blick auf die Zellen die beiden thematisierten Behandlungsverfahren, sodass durchgehend im Fokus bleibt, weshalb eine Chemotherapie einer Brustamputation vorzuziehen ist.

Zeilen 299-316

Abschließend erklärt der Arzt, dass man mittlerweile weiß, dass es sich bei Brustkrebs um eine systemische Erkrankung handelt, die – wider früheren Annahmen – nicht (unbedingt) lokal ausreichend behandelbar ist. Dabei geht er auf die Wichtigkeit der Tumoreigenschaften und einer individuell zugeschnittenen Therapie ein. Diese Umstellung habe zu einer besseren Heilungsquote geführt.

Erläuterungen

Durch die explizite Einstufung der Krankheit als systemisch wird deutlich, dass der Behandlungsfokus nicht grundsätzlich lokal einzuschränken ist. Eine solche generische Aussage hätte möglicherweise auch im vorigen Gespräch für ein besseres Verständnis auf Patientenseite gesorgt, da gerade die Fehlannahme der lokalen Begrenzung der Krankheit trotz längerer und wiederholter Erklärungsversuche nicht erfolgreich aus dem Weg geräumt werden konnte.

Gleichzeitig wird durch die Hervorhebung des individuellen Charakters der Therapie zumindest angedeutet, dass die Behandlung dennoch von Patientin zu Patientin variieren kann. Nichtsdestoweniger hätte man auch hier die speziellen Tumoreigenschaften und das Risiko für nicht erfasste Tumorzellen miteinander in Verbindung bringen können, um ein vollständigeres Bild zu liefern.

Letztlich ist positiv zu vermerken, dass mit den erhöhten Heilungschancen ein Argument angeführt wird, das an der Erfahrungsebene der Betroffenen und deren primärem Interesse orientiert ist. Die Indikation für eine Chemotherapie wird dadurch in ihr Relevanzsystem überführt und ist somit besser zugänglich.

3.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

systemischer Charakter von Brustkrebs

Besonders bei Brustkrebs herrscht bei vielen Patientinnen die Annahme vor, es handele sich grundsätzlich um eine lokale Erkrankung, die durch einen operativen Eingriff (und eine Strahlentherapie) hinreichend behandelt sei. Oft wird auch eine Brustamputation in Erwägung gezogen, um sich vor Rezidiven/Metastasen zu schützen. Dass aufgrund des systemischen Charakters der Erkrankung jedoch eine (neo)adjuvante Chemotherapie eine gebotene Zusatzmaßnahme sein kann, kommt für Patientinnen dann als Überraschung und erfordert gründliche Erklärungsarbeit, um nachvollzogen werden zu können.

Handlungsempfehlungen

- Explizite Hervorhebung des systemischen Charakters von Brustkrebs besonders bei Patientinnen, denen eine Chemotherapie angeraten wird
- Zentrale Informationen sind in diesem Zusammenhang:
  - Die Gefahr von Mikrometastasen außerhalb der Brust
  - Die explizite Verknüpfung der Mikrometastasen mit den speziellen Tumoreigenschaften und die Abhängigkeit der Behandlung von den speziellen Tumoreigenschaften
  - Die konkreten Auswirkungen der Eigenschaften auf den Körper und das Wachstum bzw. die Verbreitung des Tumors und die Verursachung der Mikrometastasen
  - Der Wirkmechanismus der empfohlenen Therapie in Bezug auf die spezielle Form der Erkrankung
  - Der Vergleich der Wirkungsweise unterschiedlicher Therapieformen

Variabilität von Tumoreigenschaften

PatientInnen haben häufig in ihrem Bekanntenkreis Erfahrungen mit Krebs und Krebstherapien gemacht und bringen so Vorstellungen mit, die auf ihren Krankheitsfall möglicherweise nicht zutreffen. Dies kann dazu führen, dass eine bestimmte Therapieform erwartet wird – im Falle von Brustkrebs häufig die Operation – und/oder dass PatientInnen nicht nachvollziehen können, warum sie anders behandelt werden als ihre Bekannten.

Handlungsempfehlungen

- Eindeutige Differenzierung zwischen allgemeingültigen und fallspezifischen Angaben, um einer diesbezüglichen Konfusion vorzubeugen
- Hervorhebung der Variabilität von Tumoreigenschaften, der individuellen Ausprägung der Erkrankung und damit einhergehend der falladäquaten Anwendung von Therapiemaßnahmen

Untersuchungsverfahren

In bestimmten Krankheitsfällen lassen Untersuchungsergebnisse keine medizinisch unkontroverse Therapieempfehlung zu oder es kann in Bezug auf bestimmte therapiebestimmende Faktoren wie etwa Mikrometastasen lediglich von Potenzialitäten gesprochen werden. Dies kann auf Patientenseite zu Unsicherheiten und Unverständnis führen.

Handlungsempfehlungen

- Erläuterung des Untersuchungsprozesses und der Verfahren, die ausschlaggebend für die Diagnosestellung sind
- Offenlegung der Möglichkeiten und Grenzen der Verfahren
- Aufführung der Kriterien, Erfahrungswerte etc., die für eine bestimmte Behandlung sprechen, auch wenn gewisse Nachweise mit den angewandten Verfahren nicht eindeutig möglich sind (so etwa die spezielle Tumorbiologie in Zusammenhang mit der Gefahr von Mikrometastasen, s. oben)

Kontextualisierung von Informationen; Erfahrungskategorien

Obgleich eine ausführliche Informierung der PatientInnen selbstverständlich erwünscht ist, kann sich – gerade angesichts der belastenden Situation – eine große Menge an neuen Informationen negativ auf die Verarbeitungskapazität und somit den Verstehensprozess auswirken. Vor allem wenn Informationen nicht an die Erfahrungsebene der PatientInnen andocken und nicht zueinander in Verbindung gesetzt werden bzw. eine übergreifende Rahmung erfahren, können sich entsprechende Komplikationen ergeben. Dies gilt etwa für die Rolle von Tumoreigenschaften und anderen Faktoren, die zur Wahl der geeigneten Therapie beitragen (z.B. Patientenalter), Mess- und Graduierungswerte sowie Einordnungen der Schwere der Erkrankung.

Handlungsempfehlungen

- Medizinische Werte und Messgrößen sollten:
  - mit Struktur und Entwicklung der Krankheit insgesamt in Verbindung gebracht werden, um ein holistisches Krankheitsverständnis zu fördern
  - auf Konsequenzen für körperliche Prozesse und die unmittelbare Erfahrung der PatientInnen bezogen werden, sodass ihnen die Bedeutung der entsprechenden Konzepte im Rahmen ihrer persönlichen Erlebenswelt klar wird
- Die Relevanz einzelner Faktoren für die Therapieempfehlung sollte hinreichend ausgeführt werden (z.B. inwiefern das Patientenalter ausschlaggebend für eine bestimmten Therapieform ist).
- Bei einer Einstufung der Krankheit bzw. des Tumors und besonders bei der Gegenüberstellung des ‚Erkrankungsgrads' der PatientInnen mit anderen sollten explizit auch die entsprechenden Vor- und Nachteile dargelegt werden, damit PatientInnen daraus lebenspraktische Schlüsse ziehen können. Dass man z.B. keinen ‚hochaggressiven' Tumor hat, könnte mit einer besseren Heilungschance in Verbindung gebracht werden, auch wenn dies nichtsdestoweniger an eine Chemotherapie gekoppelt ist.

Wiederholung unergiebiger Erläuterungen

In den untersuchten Gesprächen tritt öfter zu Tage – ob durch direkte Nachfrage oder indirekt durch Äußerung von Fehlannahmen – dass PatientInnen einen Sachverhalt nicht richtig bzw. nicht hinreichend verstanden haben. ÄrztInnen greifen bei der Verstehensbearbeitung dann vermehrt auf Termini und Konzepte zurück, die bereits zuvor zum Einsatz gekommen sind und sich für die PatientInnen als unverständlich bzw. ungenügend herausgestellt haben.

Handlungsempfehlungen

- Konkrete Identifizierung problematischer Begriffe und Konzepte: PatientInnen aktiv durch Rückfragen mit einbeziehen
- Einsatz von Paraphrasen, Umschreibungen, Exemplifizierungen etc., wenn sich ein bestimmter Begriff bzw. eine Erklärung etwa durch wiederholtes Nachfragen der PatientInnen als inadäquat erwiesen hat
- Hinterfragen von Wissensbeständen und scheinbaren Selbstverständlichkeiten

- Es sollte vermieden werden, problematische Begriffe ohne alternative Rahmung zu wiederholen

Ablehnung der Therapie

Die Haltung von PatientInnen gegenüber der empfohlenen Behandlung ist keinesfalls immer positiv, was sich auf unterschiedliche Weise manifestieren kann. PatientInnen mit einer klaren Position und einer aktiven Gesprächsteilnahme äußern Vorbehalte und Zurückweisungen der Therapie explizit. Bei anderen zeigen sich Unbehagen und Skepsis weniger direkt. Da die Einstellung der Betroffenen zur Therapie sowohl für ihr eigenes Wohlbefinden, besonders aber auch mit Blick auf die erfolgreiche Umsetzung der Behandlungsmaßnahmen eine fundamentale Rolle spielt, sollte sie im Gespräch nicht übergangen werden.

Handlungsempfehlungen

- Es ist im Dialog mit den PatientInnen zu erkunden, ob ihre Ablehnungshaltung lediglich der natürlichen Angst und Abneigung gegenüber einer leidvollen Behandlung entspringt oder ob sich dahinter eine tatsächliche Erwägung verbergen könnte, die Therapie nicht durchzuführen. Sorgen und Bedenken, die sich klar andeuten, sollten spezifiziert und diskutiert werden.
- Die Möglichkeit der Ablehnung selbst einer medizinisch eindeutigen Therapieempfehlung sollte zumindest insofern Thema sein, als im Rahmen einer ausführlichen Informierung auch die Konsequenzen einer solchen – nie auszuschließenden – Ablehnung zu verdeutlichen sind.
- Mögliche Alternativen sollten offen besprochen werden.

3.7 Modul 4: Heilungschancen und Entscheidungsfindung: Ein Vergleich

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 6: Der erste Transkriptausschnitt stammt aus demselben Gespräch wie *Ausschnitt 4*. Bei der Patientin handelt es sich um eine 45-Jährige Brustkrebspatientin, der neben OP, Bestrahlung und Antihormontherapie nach Beratung im Tumorboard voraussichtlich (laut des Arztes mit einer Wahrscheinlichkeit von 80%) auch eine Chemotherapie angeraten werden wird. Der Patientin fällt es schwer, dies nachzuvollziehen und es wird wiederholt erfolglos versucht, die Gründe für diese Empfehlung zu klären. Hier deutet sich bereits die ablehnende Haltung der Patientin gegenüber der Chemotherapie an. Die erste im Folgenden präsentierte Sequenz ereignet sich kurz vor Thematisierung einer potenziellen Brustamputation durch die Patientin (Ausschnitt hier ausgelassen; s. Transkriptausschnitt 4). Vorangehend problematisiert sie die heftigen Nebenwirkungen der Chemotherapie.

Transkriptausschnitt 7: Der zweite Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 77-Jährigen Brustkrebspatientin, die neben einer Operation und der darauffolgenden Bestrahlung eine Antikörpertherapie sowie eine Antihormontherapie erhalten soll. Bereits früh im Gespräch wird auch das Thema Chemotherapie angesprochen, wobei der Arzt erklärt, dass es aufgrund des Alters der Patientin nicht sicher ist, ob diese Behandlungsform nach der üblichen Tumorboardbesprechung tatsächlich empfohlen werden wird. Zudem betont er explizit die Entscheidungshoheit der Patientin. Die folgende Passage schließt an die Frage des Sohnes an, ob die Antikörpertherapie ohne Chemotherapie ausreichen würde.

▶ Analytischer Fokus

Anhand eines Vergleichs der beiden Gesprächsausschnitte soll diskutiert werden, wie (mehr oder weniger) ausführlich das Thema *Heilungschancen* behandelt wird und inwiefern dies die Partizipationsmöglichkeiten der Patientinnen am Entscheidungsprozess beeinflusst. Dabei soll auch der Stellenwert der Heilungsprognose für das Annehmen oder Ablehnen einer bestimmten Therapieempfehlung reflektiert werden.

Zudem soll in den diskutiert werden, ob und wie den Patientinnen die Möglichkeit offenbart wird, am Entscheidungsprozess teilzuhaben und inwieweit dies als angemessen empfunden wird. Dabei ist auch die Haltung zu berücksichtigen, welche die Betroffenen gegenüber der thematisierten Behandlungsform einnehmen und

zu überlegen, wie mit dieser adäquat im Gespräch umgegangen wird bzw. umzugehen ist.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie gehen die Ärzte jeweils auf das Thema *Heilungschancen* ein? Welche Informationen liefern sie diesbezüglich und welche nicht?

→ Inwieweit wirkt sich eine entsprechende Informierung auf den Entscheidungsfindungsprozess und die Partizipationsmöglichkeiten der Patientinnen aus?

→ Wird das Thema *Entscheidungsfindung* explizit thematisiert? Wie wird die Rolle der Patientinnen in diesem Prozess präsentiert?

→ Äußern die Betroffenen eine bestimmte Haltung zu den thematisierten Therapieformen? Wie gehen die Ärzte damit um? Wie bewerten Sie diesen Umgang mit Blick auf die Entscheidungsfindung?

3.7.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 6: „Da ist wirklich die Prognose tatsächlich besser dadurch“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Brustkrebspatientin

```
347  A:  ja is ANstrengend;
348      muss man SAgen.=ja.
349      (2.7)
350  A:  a:ber man WEIß halt,
351      bei bestimmten tuMOren,
352      dass da dann das HEIlungs (.) risiko,
353      ich kann ihnen damit auch nicht verSPREchen dass sie nicht-
354      irgendwann metastasen beKOMmen;
355      (0.5) aber man WEI:ß,
356      (0.5) °h dass dann die progNOse,
357      BESser is.
358      (1.5)
359  A:  ((schluckt)) und DES::,
360      schlagen wir dann NUR wirklich patientinnen vor,
361      wo wir wIssen oKAY:,
362      (1.0) <<leiser werdend> da is wirklich die prognose
         tatsächlich BESser dadurch.>
```

[ca. 03:00 Min: Patientin bricht erneut in Tränen aus; Themen: Zeitpunkt der Erkrankung der Schwester der Patientin; Begutachtung der Wunde; Überraschung der Patientin von der schlechten Diagnose; Brustamputation; Reihenfolge der Behandlungen (Chemotherapie vor OP)]

```
469      °hh des-
470      (0.6)wär das EINzige dass,
```

```
471      des eventuell noch UMgedreht wird;
472  A:  WENN man sagt man braucht ne chemotherapie.
473      ((blättern von Papier, 4.9 Sek.))
474  P:  dass durch die CHEmotherapie,
475      de:r (.) [tumor ] WEGgeht,
476  A:           [TUmor-]
477  P:  [aber is es DANN nich-]
478  A:  [verKLEInert wird;    ]
479  P:  (-) besser den (.) WEGzumachen?
480      RAUSzunehmen?
481      anstatt diese <<mit weinender Stimme> CHEmo,
482      ich WILL die eigentlich gar net.>
483      ((zieht die Nase hoch))
484  A:  ((lacht))(-) ne chEmo will KEIner.
485  P:  [<<stöhnend> °h hh°>           ]
486  A:  [<<lachend> also (.) ganz davon] ABgesehen;=ja?>
487      [°h also CHEmo:,        ]
488  P:  [((zieht die Nase hoch))]
489  A:  chEmo will in dem sinn KEIner.=ja?
```

3.7.2 Analyse A

Zeilen 347-362

Im Anschluss an die Feststellung, dass eine Chemotherapie eine große gesundheitliche Herausforderung darstellt, nimmt der Arzt rechtfertigend (eingeleitet durch *aber*) Bezug auf die Heilungschancen bei einer solchen Behandlung (die Formulierung „HEIlungs (.) risiko“ (Z. 352) ist wohl als Versprecher zu deuten). Dabei schiebt er parenthetisch ein, dass er nicht garantieren kann, dass Metastasen langfristig ausbleiben werden. Dennoch betont er, dass sich durch eine Chemotherapie die Prognosen für eine Heilung der Krankheit verbessern und dass auch nur unter dieser Prämisse eine Chemotherapie „vorgeschlagen“ (Z. 360) wird.

Erläuterungen

Mit der Hervorhebung der Heilungschancen als Argument für die Chemotherapie knüpft der Arzt an den wohl wichtigsten Aspekt der Behandlung für die Patientin an. Gerade angesichts der beständigen Versuche der Patientin, diese Therapieform abzuwenden, ist der Bezug zur Heilung als maßgebliche Komponente eines gründlichen Informationsaustauschs zu betrachten. Die Positionierung des Arguments im Anschluss an die Thematisierung der chemotherapeutischen Nebenwirkungen, die durch die bessere Heilungsprognose aufgewogen werden sollen, ist grundsätzlich durchaus zweckdienlich. Allerdings bleiben konkrete prognostische Angaben aus. Um ein adäquates Verständnis für die Bedeutsamkeit einer Chemotherapie bei PatientInnen zu bewirken und dadurch eine erhöhte Akzeptanz der Nebenwirkungen zu gewährleisten, scheint eine Gegenüberstellung der Heilungs- bzw. Rückfallrate bei Behandlung mit und ohne Chemotherapie – natürlich sofern entsprechende Daten vorliegen – empfehlenswert. Entsprechende Informationen

sind besonders mit Blick auf eine umfassende Aufklärung im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung essenziell. PatientInnen sollten in die Lage versetzt werden, die Vorzüge einer bestimmten Therapieform gegenüber anderen bzw. einer Nicht-Behandlung abwägen und in Verhältnis zu den zu erwartenden Nebenwirkungen setzen zu können. Nur so können sie selbstbestimmt in den therapeutischen Entscheidungsprozess eingebunden werden.

Zeilen 469-481

Nachdem nochmal festgehalten wird, warum es sinnvoll wäre, die Chemotherapie vor der Operation durchzuführen, versucht die Patientin wie bereits zuvor im Gespräch, die Chemotherapie abzuwenden.

Erläuterungen

Einerseits äußert sich hier durch den Bezug auf die lokale Tumorentfernung, dass die Patientin immer noch nicht begriffen hat, dass die Kernproblematik nicht den Tumorherd in der Brust betrifft, sondern potenzielle Mikrometastasen (s. auch Beispiel 4). Vor allem wird hier aber ihre deutliche Abneigung gegenüber der Chemotherapie manifest.

Zeilen 482-489

Im Anschluss fügt die Patientin explizit hinzu, dass sie die Chemotherapie „eigentlich gar net [will]“ (Z. 482). Die unmittelbare Reaktion des Arztes beschränkt sich darauf, dass er konstatiert, dass niemand eine Chemotherapie wolle. Daraufhin fährt er damit fort (nicht im Transkript wiedergegeben), zu erklären, dass der Tumor der Patientin selten sei und dass entsprechend noch besprochen werden muss, ob die Chemotherapie letztendlich das Beste ist und ob sie vor oder nach der OP anzusetzen ist.

Erläuterungen

Die Äußerung der Patientin bringt ihre negative Haltung gegenüber der Chemotherapie klar zum Ausdruck. Der Arzt behandelt dies jedoch nicht als persönliche Einstellung, die eine Berechtigung im Rahmen der therapeutischen Entscheidungsfindung hat, sondern als die typische Patientenreaktion auf das potenzielle Bevorstehen einer solch schweren Behandlung.

Auch wenn es sich bei der Haltung der Patientin tatsächlich um ein Symptom des Schocks und der emotionalen Verweigerung handeln kann und aus medizinischer Sicht eine klare Indikation für eine Chemotherapie besteht, ist darüber aufzuklären, was eine Ablehnung der Therapie zur Folge hätte. Abgesehen davon,

dass dies im Rahmen eines gleichberechtigten Arzt-Patienten-Verhältnisses unabdingbar ist, könnte so zusätzliche Überzeugungsarbeit geleistet und verhindert werden, dass die Patientin nach scheinbarer gesprächslokaler Einigung die Behandlung doch noch zurückweist. Diese Gefahr ist dadurch erhöht, dass durch das Internet unzählige, oftmals unseriöse bzw. nicht hinreichend fallspezifische Alternativquellen konsultiert werden können, die eine solche Entscheidung möglicherweise beeinflussen. Es ist hier zwar zu berücksichtigen, dass die endgültige Empfehlung noch aussteht. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit mit 80% zum einen relativ hoch, zum anderen wird auch bereits über Nebenwirkungen gesprochen, sodass der Rahmen für eine umfassendere Aufklärung ohnehin geschaffen ist.

3.7.3 Transkript B

Transkriptausschnitt 7: „Und die Chemotherapie kann vielleicht noch 5% mehr machen“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Brustkrebspatientin, S: Sohn der Patientin

```
616  A:  also sagen wa ma SO,
617      es gibt eine geWISse,
618      (--) das WEIß man durch studien,
619      eine ge!WIS!se prozentsatz,
620      aber KEIne zwanzig oder drEißig prozent,
621      (--) dass sie gesund BLEIben wenn sie ne chemotherapie haben,
622      vielleicht sind_s aber auch nur drei vier FÜNF prozent.
623      °h und dann muss man das für sich selber entSCHEIden,
624  P:  hm,
625  A:  äh,
626      (---) is mir das das WERT,
627      dass ich in ne chemotherapie GEhe,
628      [ja? ]
629  P:  [ja:,]
630  P:  [ja;  ]
631  A:  [diese] vier fünf sechs prozent mehr HEIlungschance?
632      °h oder sag ich NEE leute,
633      is mir eGAL was is,
634      ich nehm die ANtikörpertherapie,
635      ich nehm die antihorMONtherapie,
636      aber die CHEmotherapie la\
637      LEHN ich ab.
638  S:  oKAY;
639  A:  [ja?    ]
640  S:  [und wie] wie  tragen DIE da praktisch prozentuAl betrachtet
         zur heilung bei,
641      [die Antikörper und horMOne, ]
```

[00:15 Min.: Gewichtung der Therapieformen: Antikörpertherapie > Antihormon-therapie > Chemotherapie]

```
658  A:  deshalb bei der jUngen frau würde ich es ja IMmer anbieten,
659  P:  JA_ja.
660  A:  bei der etwas ÄLteren frau muss man dann gUcken.
661      bei der jUngen frau würd ich ne relativ aggresSIve
         chemotherapie vorschlagen,
662      würd ich bei IHR jetzt nich,=ja?
663  S:  aber es gibt ne reaLIStische chance,
664  A:  [JA_ja?        ]
665  S:  [dass nach der ][°h be]HANDlung,
666  A:                  [ja;  ]
667  S:  oPE,
668  A:  dass [und     ] mit der ANtikörpertherapie,
669  S:       [dass DA-]
670  A:  und der anti[horMON]therapie,
671  S:              [hm_HM,]
672  A:  dass sie eben ne chance hat von FÜNFundachtzig prozent gesund
         zu sein,
673  P:  [hm_HM,]
674  S:  [hm_HM,]
675  A:  [und mit] chemotherapie hat sie vielleicht
```

```
        NEUNzig prozent [gesund zu sein;]
676  S:                 [oKAY aber das, ]
677     [(mehr),]
678  A: [°h     ] aber das geht (.) geht BEIdes.
679     [ja? ]
680  S: [oKAY] aber das-=
681  A: =das heißt NICH wenn sie keine chEmo macht muss sie dann
        sterben;
682  S: oKAY,
683  A: also DAS nich;
684  S: oKAY,
685     also es is ja ne ho_ho HOhe wahrscheinlichkeit
        [(xxx) sozusagen;]
686  A: [!JA! is ne hOhe ] wahrscheinlichkeit das sie gesund (.)
        bleibt,
687     und (.) die chemotherapie [kann vielleicht noch FÜNF prozent]
688  S:                            [°hhh oKAY,                       ]
     A: mehr machen;=ja,
689  S: oKAY;
```

3.7.4 Analyse B

Zeilen 616-639

Der Arzt erklärt unter Rückbezug auf wissenschaftliche Studien, dass eine Chemotherapie erwiesenermaßen die Heilungschancen verbessert, allerdings lediglich um einen geringen Prozentsatz: „KEIne zwanzig oder dreißig prozent," (Z. 620); „vielleicht sind_s aber auch nur drei vier FÜNF prozent." (Z. 622). Daran anknüpfend betont er, dass es bei der Patientin liegt, zu entscheiden, ob es ihr diese geringe Verbesserung der Prognose wert ist, eine Chemotherapie auf sich zu nehmen, oder ob sie sich auf die Antikörpertherapie und die Antihormontherapie beschränken möchte.

Erläuterungen

Im Gegensatz zum vorigen Ausschnitt macht der Arzt konkrete Angaben dazu, um wieviel Prozent die Heilungschancen durch eine Chemotherapie steigen. Dadurch schafft er eine solide Entscheidungsgrundlage für die Patientin. Positiv ist dabei auch, dass er sich bei seinen Ausführungen explizit auf Studien bezieht, wodurch er seine Aussagen quasi im Namen einer höheren fachlichen Autorität legitimiert. Zudem hebt er auch hier die Entscheidungshoheit der Patientin hervor und weist ihr eine Rolle als mündige und selbstbestimmte Patientin zu.

Zeilen 640-657

Der Sohn der Patientin erkundigt sich nach dem prozentualen Beitrag der verschiedenen Therapien zur Heilung der Krankheit. Daraufhin eröffnet der Arzt, dass die Antikörpertherapie und die Antihormontherapie beide gleichermaßen wichtig sind, während die Chemotherapie „am wenigsten bringt" (nicht im Transkript aufgeführt).

Erläuterungen

Auch hier wird erneut durch die Gewichtung der einzelnen Therapieformen zu einer vollständigen Informierung der Betroffenen und somit der Fundierung der Entscheidungsfindung beigetragen. Wird dies nicht wie im vorliegenden Fall durch die Nachfrage von PatientInnen bzw. Angehörigen angeregt, sollten entsprechende Angaben eigeninitiativ von den ÄrztInnen gemacht werden.

Zeilen 658-662

Der Arzt koppelt die Empfehlung einer Chemotherapie und deren Aggressivität an das Alter der Patientin. Zuvor im Gespräch hatte er ebenfalls erwähnt, dass die Empfehlung vom altersbedingten Gesundheitszustand der Patientin abhängt.

Erläuterungen

Mit Blick auf Beispiel 4 zeigt sich hier die Möglichkeit einer genaueren Erklärung der Relevanz des Faktors *Alter*. Grundsätzlich könnte in diesem Zusammenhang noch erwähnt werden, dass Tumoren bei älteren Patienten oftmals langsamer wachsen als bei jüngeren. Diese Information kann je nach Situation und PatientIn beschwichtigend wirken oder aber dazu eingesetzt werden, um die Wichtigkeit einer Chemotherapie zu untermauern.

Zeilen 663-680

Der Sohn der Patientin sucht sich zu vergewissern, dass eine reelle Chance besteht, dass die Patientin nach der Gesamtbehandlung wieder gesund ist. Der Arzt bestätigt dies, wobei er erneut Bezug auf genaue Prozentangaben nimmt: Die Heilungschancen ohne Chemotherapie (85%) werden denen mit Chemotherapie (90%) gegenübergestellt.

Erläuterungen

Hier werden nun die zuvor getätigten Aussagen zur Gewichtung der unterschiedlichen Therapieformen mit konkreten Zahlen unterfüttert. Dadurch wird deutlich, dass die Heilungschancen auch ohne Chemotherapie hoch sind und ihr Beitrag entsprechend gering. Dies erleichtert die Entscheidung, ob die schweren Nebenwirkungen einer Chemotherapie in Kauf genommen werden sollen.

Zeilen 681-689

Der Arzt betont, dass die Patientin bei einer Behandlung ohne Chemotherapie nicht sterben muss, sondern dass die Wahrscheinlichkeit einer Genesung grundsätzlich hoch ist. Er wiederholt schließlich, dass die Chemotherapie lediglich um 5% zur Verbesserung der Prognose beiträgt.

Erläuterungen

Mit dem Ansprechen des Themas *Sterben* adressiert der Arzt eine fundamentale Angst von PatientInnen und Angehörigen, die mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind. Dass der Tod gegenwärtig nicht im Raum steht, kann eine große Erleichterung bedeuten. Dennoch handelt es sich dabei um eine Thematik, der PatientInnen und ÄrztInnen (in den vorliegenden Gesprächen insgesamt) gleichermaßen aus dem Weg zu gehen scheinen, da sie nur selten ausdrücklich angesprochen wird. Im vorliegenden Fall reagiert der Arzt sensibel auf das scheinbare Bedürfnis des Sohnes, Klarheit in dieser Hinsicht zu erlangen, auch wenn er dies nicht verbalisiert.

Obgleich die Darstellung des Arztes eine Tendenz zur Ablehnung der Chemotherapie erahnen lassen könnte (der geringe Mehrwert wird abschließend nocheinmal angesprochen), gibt er keine explizite persönliche Empfehlung ab und die Betroffenen fordern eine solche auch nicht ein. Dies hängt damit zusammen, dass die Tumorboardsitzung, in der die endgültige Entscheidung hinsichtlich des geeignetsten Therapieplans gefällt wird, noch aussteht. In den wenigen Gesprächen, in denen ÄrztInnen PatientInnen mit einer konkreten Wahl zwischen unterschiedlichen Optionen des therapeutischen Vorgehens konfrontieren, äußert sich jedoch der Wunsch der PatientInnen nach einer persönlichen Einschätzung der aufklärenden ÄrztInnen (dies zeigt auch Becker (2015) im Kontext der therapeutsichen Entscheidungsfindung in der Nephrologie).

3.7.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Heilungsprognose

Die Frage danach, inwieweit eine Krebserkrankung heilbar ist, steht im Zentrum des Interesses der Betroffenen; zum einen weil selbstverständlich von der Antwort ganz unmittelbar die weitere Lebensgestaltung abhängt. Im Rahmen der Therapieplanung ist die Heilbarkeit zum anderen gerade mit Blick auf eine Abschätzung des gesundheitlichen Kosten-Nutzen-Verhältnisses der vorgesehenen Therapie(n) von ausschlaggebender Bedeutung. Wenn diesbezügliche Auskünfte ausbleiben bzw. nur vage formuliert werden, fehlen PatientInnen Informationen, um eine kompetente Entscheidung bezüglich der gewünschten Behandlung zu treffen.

Handlungsempfehlungen

- Offenlegen der Heilungsaussichten, wenn möglich, mittels statistischer Angaben
- Bei mehreren Therapieoptionen – ob alternativ oder komplementär durchzuführen – sollte der Beitrag der einzelnen Therapieformen zur Heilung klargestellt werden.
- Unmittelbare Gegenüberstellung der Nebenwirkungen einer Therapieform und des Ausmaßes ihres Nutzens
- Ist eine vollständige Heilung ausgeschlossen, ist auch dies – wenn auch sensibel und mit Bedacht – zu kommunizieren. Hier sind dann auch die entsprechenden Ziele der Behandlung zu diskutieren.

partizipative Entscheidungsfindung; Mitspracherecht der Patienten

Die aktuelle Forderung nach mündigen PatientInnen und partizipativer Entscheidungsfindung, die im medizinethischen Diskurs stetig lauter wird, stellt besondere interaktionale Anforderungen an ÄrztInnen und PatientInnen. Es muss eine durchgängige Koordination der Perspektiven auf die Erkrankung mit all ihren Konsequenzen für das weitere Leben des Betroffenen sowie der Beteiligungsbedürfnisse am Entscheidungsprozess beider Parteien erfolgen. Bleibt eine entsprechende Abstimmung aus und wird kein kommunikativer Rahmen geschaffen, in dem sowohl ÄrztInnen als auch PatientInnen ihren Vorstellungen entsprechend zur Festlegung eines Therapieplans beitragen können, kann sich dies negativ auswirken, sowohl auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Zufriedenheit bzw. das Vertrauen der PatientInnen in die Institution als auch schlimmstenfalls auf ihre Adhärenz.

Handlungsempfehlungen

- Grundstein, um jedwede Form der therapeutischen Entscheidung gemeinsam tragen zu können, ist die ausführliche Informierung der PatientInnen bzw. die offene Diskussion über:
  - Medizinisch vertretbare Behandlungsoptionen
  - Heilungsprognosen und Nebenwirkungen der jeweiligen Behandlung (s. oben)
  - Konsequenzen des Ausbleibens der Therapie im direkten Vergleich zu ihren Nebenwirkungen bzw. dem Einfluss auf das Leben der PatientInnen allgemein
- Widerstand auf Patientenseite gegenüber einer bestimmten Behandlungsform sollte ernst genommen werden, selbts wenn sich vermuten lässt, dass es sich um eine vorübergehende, emotional-bedingte Reaktion handelt. Eine explizite Thematisierung der Konsequenzen einer Behandlungsablehnung kann einer potenziellen Verweigerung der PatientInnen provisorisch entgegenwirken (diese Möglichkeit zu verschweigen, schützt nicht zwangsläufig davor, dass PatientInnen sich letztlich doch gegen die empfohlene Therapie entscheiden.)
- Die Entscheidungsteilhabe von PatientInnen nicht explizit anzusprechen mag besonders in Fällen einer medizinisch eindeutigen Indikation für eine bestimmte Behnadlung durch die Sorge motiviert sein, dass der ausdrückliche Einbezug der PatientInnen den Eindruck erwecken könnte, die Therapieempfehlung sei weniger dringlich, als sie es aus ärztlicher Sicht tatsächlich ist. Dies entspricht einer eher paternalistischen Perspektive. Die Ermächtigung der PatientInnen kann jedoch ganz im Gegenteil dazu führen,

dass sie mehr Verantwortung übernehmen und letztlich stärker hinter der Therapieentscheidung stehen.

In jedem Fall sollte geklärt werden, welche Vorstellungen einer Teilhabe vorherrschen.

Persönliche Empfehlungen; *option listing*

In Fällen, in denen aus medizinischer Perspektive nicht eindeutig eine bestimmte Standardtherapie indiziert ist, müssen ÄrztInnen und PatientInnen zwischen den unterschiedlichen Optionen auswählen. Hier kann es für ÄrztInnen schwierig sein, abzuschätzen, inwieweit sie über eine Darlegung von Vor- und Nachteilen hinaus persönlich Stellung beziehen sollten bzw. wollen.

Handlungsempfehlungen

- In Erfahrung bringen, inwiefern von Patientenseite eine persönliche Einschätzung erwünscht ist (oft offenbart sich dies auch ohne explizite Thematisierung durch die ÄrztInnen, etwa durch Nachfragen der PatientInnen)
- Falls ÄrztInnen sich in der Lage sehen, eine persönliche Empfehlung auszusprechen, sollte stets offengelegt werden, auf welcher Basis dies geschieht, d.h. welche Überzeugungen, Erwartungen, Bedenken etc. ihr zugrunde liegen.

Patientenalter; Entscheidungsfaktoren

Aus der Perspektive der ÄrztInnen können bestimmte medizinische Zusammenhänge trivial bzw. offensichtlich erscheinen, die PatientInnen nicht unmittelbar zugänglich sind. Das Patientenalter ist z.B. ein Faktor, der immer wieder mit der Behandlungsempfehlung in Verbindung gebracht wird, ohne dass seine Rolle jedoch immer spezifiziert wird.

Handlungsempfehlungen

- Offenlegung und Erläuterung von Faktoren, die auf die Behandlungsempfehlung Einfluss nehmen
- Informationen zur Rolle des Patientenalters:
  - Spielt aufgrund des gesundheitlichen Zustands bzw. der Belastbarkeit des Organismus eine Rolle hinsichtlich der Wirkungsstärke einer Therapie.
  - Im höheren Alter wachsen Tumoren ggf. langsamer.

- Aufgrund der naturgemäß höheren Lebenserwartung jüngerer PatientInnen sind schwerere Nebenwirkungen ggf. eher in Kauf zu nehmen, wenn man durch eine Therapie deutlich an Lebenszeit gewinnen kann.

Sterben

Der potenziell nahende Tod stellt ein Furchtmoment vieler KrebspatientInnen und ihrer Angehörigen dar. Da es jedoch grundsätzlich als gesellschaftliches Tabuthema gilt, wird es in den Gesprächen entsprechend selten explizit angesprochen. Das Übergehen dieser Thematik schafft die Probleme, die mit ihr zusammenhängen, allerdings nicht aus der Welt und eine mangelnde Klärung kann für PatientInnen zusätzlich belastend wirken bzw. ihnen Illusionen bezüglich ihres weiteren Lebensverlaufs machen.

Handlungsempfehlungen

- Im Falle von PatientInnen, bei denen die Erkrankung nicht unmittelbar lebensbedrohlich ist bzw. bei denen eine Heilung zu erwarten ist, kann die Mitteilung, dass die Krankheit aller Voraussicht nach nicht zum Tod führen wird, sowohl als Trostmittel genutzt werden als auch als Argument für die Therapie.
- Wird die Erkrankung hingegen voraussichtlich kurz- oder mittelfristig zum Tod des/der Betroffenen führen, sollte ihm/ihr dies bewusstgemacht werden. Dies ist nicht nur unabdingbar für eine verantwortungsvolle Gestaltung seiner verbleibenden Lebenszeit, es muss auch den Ausgangspunkt für Erwägungen einer therapeutischen Intervention bilden, die dann ja nur noch (begrenzt) Lebenszeit und Lebensqualität sichern soll.

3.8 Abschlussreflexion

→ Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?

→ Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation?

→ Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

4 Einheit 3: Umgang mit Patientenanliegen

4.1 Einstiegsfragen

→ Was sind (Ihrer Erfahrung nach) besonders häufige Patientenanliegen? Wie verhalten sich diese Anliegen zu Ihren eigenen Gesprächszielen und -themen?

→ Inwieweit wirken sich von den PatientInnen angesprochene Themen auf Ihren Gesprächsplan bzw. grundsätzlich den Gesprächsverlauf aus?

→ Wie kennzeichnen PatientInnen für sie wichtige Anliegen?

→ Kommt es vor, dass einzelne Themen immer wieder aufkommen? Woran liegt das?

→ Wurde von Ihren PatientInnen schon einmal Kritik geäußert? Wenn ja, welche? Wie gehen Sie damit um?

4.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit

ÄrztInnen müssen, institutionell und rechtlich bedingt, einen Gesprächsplan bei der Aufklärung ihrer PatientInnen verfolgen, der dafür sorgt, dass die PatientInnen über die Diagnose informiert werden und dass gemeinsam der Therapieverlauf besprochen und, soweit möglich, festgelegt wird. Doch neben diese Gesprächsaufgaben treten Aspekte, die zwar nicht unmittelbar mit der Diagnosemitteilung und der Therapieplanung verbunden sind, aber für ein erfolgreiches Gespräch nicht weniger wichtig sind: Die Klärung von Patientenanliegen, die z.B. Fragen nach der Krankheitsursache, der zeitlichen Planung in Bezug auf private Angelegenheiten wie Urlaub oder auch die Organisation des zukünftigen, veränderten Alltags betreffen. Solche Anliegen sind oft in den Gesprächen schwer zu erkennen, wie z.B. in einer Studie von Lalouschek (2007) zu Patientenanliegen in einer ambulanten Schmerzambulanz herausgefunden wurde: Es zeigte sich, dass sich der Grund des Ambulanzbesuchs der PatientInnen mit chronischen Schmerzen nicht auf den Bereich ‚Schmerzen' und ‚Schmerzbehebung' reduzieren lässt, sondern PatientInnen „sehr spezielle und komplexe Bedürfnisse und Anliegen haben, die sie zum Arztbesuch motivieren." (Lalouschek 2007: 51) Zusätzlich zu den körperlichen Beschwerden sind für die PatientInnen beispielsweise lebensweltliche Aspekte von Interesse (z.B. Krankheitsmanagement). Es konnte festgestellt werden, dass PatientInnen diese lebensweltlichen Anliegen meist indirekt einbringen und dies dazu führt, dass die Anliegen im Gespräch oft übergangen oder ausgeblendet werden. Bei fehlender Bearbeitung der Patientenanliegen im Gespräch kann es aber dann dazu kommen, dass PatientInnen enttäuscht sind, sich

nicht mehr aktiv beteiligen und Kooperativität nur noch simulieren. Die Ergebnisse aus der Ambulanz zeigen, dass PatientInnen zwar spezielle Anliegen haben, diese aber nicht immer direkt äußern und dass dies Folgen für den weiteren Gesprächsverlauf und dadurch möglicherweise auch für die weitere Arzt-Patienten-Beziehung haben kann.

Auch in onkologischen Aufklärungsgesprächen kommen sehr viele solcher Patientenanliegen vor, die zwar ggf. auch, aber nicht nur mit der Diagnose und/oder der Therapieplanung in Verbindung stehen, aber für die PatientInnen oft von hoher Relevanz sind. Bei der Menge an Patientenanliegen ist es jedoch nicht möglich, alle in detaillierten Transkriptanalysen vorzustellen: Eine Liste mit einer Übersicht typischer Anliegen findet sich in der nachstehenden Tabelle. Diese Übersicht soll dafür sensibilisieren, Patientenanliegen zu erkennen und zu behandeln, d.h. sich bewusst zu machen, welche Themenbereiche für PatientInnen von besonderem Interesse sind. Dies ist für die Herstellung eines gelungenen Gesprächs wichtig, denn „PatientInnen [sind] in der Durchsetzung ihrer Gesprächspläne und Anliegen von der Bereitschaft der ÄrztInnen abhängig, da sie in der Institution Krankenhaus nicht mit den gleichen interaktiven Rechten und Möglichkeiten ausgestattet sind und nicht über die gleichen Wissensbestände über die institutionellen Abläufe verfügen wie die ÄrztInnen.“ (Lalouschek 2007: 10)

Im Folgenden wird zunächst die nach Themenbereichen gegliederte Tabelle näher erläutert. Danach wird die Auswahl der Transkriptausschnitte präsentiert.

Thematische Einordnung von Patientenanliegen und Übersicht der Analyseausschnitte

Die im Datenmaterial ermittelten Patientenanliegen lassen sich in folgende größere **Themenbereiche** kategorisieren:

- Alltagspraktischer Umgang mit der Krankheit
- Diagnose
- Therapie
- (Subjektives) Patientenwissen und Zweifel in Bezug auf Diagnose und Therapie
- Organisation (Logistik, Kommunikation mit der Krankenkasse, Kostenübernahme)

Diese größeren Themenbereiche lassen sich in **Themenschwerpunkte** unterteilen, die wiederum in **Unterthemen** klassifiziert werden können. Die mehrgliederige Unterteilung hat den Zweck, zum einen (in Bezug auf das Datenkorpus) vollständig und detailliert Patientenanliegen abzubilden, zum anderen aber auch

durch die Nennung der größeren Themenbereiche Anregungen zur Selbstreflexion für ÄrztInnen anzubieten, sodass diese – in Bezug auf ihre eigene Erfahrung – weitere Patientenanliegen nennen können. Für die Transkriptanalyse wurde eine Auswahl getroffen, die einerseits verschiedene Themen aus dem gesamten Datenmaterial aufgreift, sich aber auch an deren Häufigkeit sowie an ihrem Problempotenzial orientiert. Andere Themenbereiche der Tabelle, die durch diese Auswahl nicht abgedeckt wurden (z.B. Freizeitplanung wie Urlaub) sind zwar ebenfalls häufig im Datenmaterial zu finden, werden aber in der Regel schnell und ohne größere Schwierigkeiten abgearbeitet. Dem wiederholt auftauchenden Thema der zweiten Meinung und allgemeinerer Ver- bzw. Misstrauen in die Darstellungen der ÄrztInnen ist Trainingseinheit 4 gewidmet.

Untereinheiten

- Ursachen und Entstehungszeitpunkt der Krankheit
- Klärung von Verantwortung für vergangene Fehlabstimmungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen
- Vorsorgeuntersuchungen
- Umgang mit organisatorischen Fragen

Thematische Übersicht Patientenanliegen mit Beispielen

A - Alltagspraktischer Umgang mit der Krankheit

<u>Zeitplanung Arbeit</u>

- Arbeitsausfall
- Arbeitsfähigkeit generell; Lust, weiterhin zu arbeiten
- Belastbarkeit in Bezug auf Arbeit
- Fortsetzung oder Unterbrechung einer Ausbildung

<u>Freizeitplanung</u>

- Urlaub/Reiserücktritt/Versicherungen
- Abifahrt eines Kindes
- Möglichkeit der Teilnahme an Hochzeits-/Geburtstagsfeiern

- Entlassung bzw. Abschluss eines Therapieschritts bis Weihnachten oder anderen Feiertagen

Familie/Zuhause

- Diagnosemitteilung an Angehörige
- Erläuterung der Diagnose im Bekanntenkreis
- Belastbarkeit/Betätigung im Haushalt
- Betreuung/Versorgung von Angehörigen bei stationärem Aufenthalt und Belastbarkeit in der Zeit danach
- Betreuung von Haustieren (z.B. Versorgung von Hunden/Auslauf)

B - Diagnose

Einschätzung des Tumors

- Aggressivität des Tumors
- Gutartigkeit/Bösartigkeit

Vererbung

- Auswirkung auf den Rest der Familie (Vererbung an die Kinder?)

C - Therapie

Körperliches in Zusammenhang mit der Therapie

- Regelblutung (Problematisch für Therapie?)
- Frühere Komplikationen (z.B. starke Blutungen nach Operationen)
- Weitere Erkrankungen/Behandlungen zur Berücksichtigung der Therapie- und Terminplanung (z.B. Dialyse)

Angst vor Nebenwirkungen der Therapien

- Angst vor Haarausfall als Nebenwirkung

- Angst vor Übelkeit als Nebenwirkung
- Angst vor Appetitlosigkeit bei Chemotherapie
- Angst vor Intensität der Nebenwirkungen

Therapieerfolg

- Heilungschancen
- Lebenserwartung

Therapienotwendigkeit

- Übertherapie

Komplementärtherapie

- Möglichkeit einer Begleittherapie
- Chancen von Begleittherapien

Persönlicher Beitrag zur Heilung

- Bekämpfung der Krankheit durch Sport/Ernährung

Organisatorische Aspekte

- Mit dem Auto zur Klinik fahren
- Kostenübernahme Medikamente
- Kostenübernahme Transport
- Kostenübernahme Krankenhausaufenthalt
- Wunsch Einzelzimmer
- Krankschreibung

D – Zweitmeinung

Zweitmeinung

- Zweitmeinung durch Experten im Verwandten- oder Bekanntenkreis
- Zweitmeinung durch andere Institutionen/niedergelassene Ärzte

E – Kritik / Problemklärung

Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen

- Kritik am Ablauf des Informationsflusses im Klinikum
- Fehlende Nachsorge

Voruntersuchungen

- Keine Feststellung der Krankheit durch Vorsorgeuntersuchungen → Infragestellung von Vorsorgeuntersuchungen

F - (Subjektives) Patientenwissen und Zweifel

Ursache der Krankheit

- Ursprung der Krankheit
- Subjektive Krankheitstheorien
- Zeitpunkt der Entstehung der Krankheit
- Erkrankung durch Vererbung?

Informationen aus zweiter Hand

- Annahmen bzgl. der Einnahme bestimmter Medikamente mit bestimmten Nebenwirkungen (z.B. Tamoxifen)
- Annahmen zu bestimmten Therapien

Weiterführende Literatur

→ Becker-Mrotzek, Michael / Gisela Brünner (2007): Anliegensklärung: Anliegen formulieren und explorieren. In: Redder, Angelika (Hrsg.): Diskurse und Texte. Festschrift für Konrad Ehlich zum 65. Geburtstag. Tübingen: Stauffenburg, 665 - 682.

→ Gülich, Elisabeth (1999): ‚Experten' und ‚Laien': Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften (Hrsg.): Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim: Olms, 165-169.

→ Lalouschek, Johanna (2013): Anliegensklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Menz, Florian (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V & R unipress, 353-444.

→ Löning, Petra (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder, Angelika / Ingrid Wiese (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97–114.

4.3 Modul 1: Ursachen und Entstehungszeitpunkt der Krankheit

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 70-Jährigen Leukämiepatientin, die mit Verdacht auf Leukämie von ihrer Hausärztin ins Krankenhaus geschickt wurde. Der Arzt bestätigt diese Annahme zu Beginn des Gesprächs, eröffnet der Patientin aber zugleich, dass es sich um „so ziemlich die günstigste Leukämie, die es überhaupt gibt“ handele, welche entsprechend auch sehr gut behandelbar sei. Zudem identifiziert er die Krankheit konkret als *CML*, was – wie er erklärt – für *chronische myeloische Leukämie* steht. Daran schließen nun die folgenden Erläuterungen an.

▶ Analytischer Fokus

Die Klärung des Entstehungszeitpunkts ihrer Krankheit sowie damit zusammenhängend die Krankheitsursache stellen für KrebspatientInnen oft zentrale Anliegen dar. Im folgenden Transkriptausschnitt soll anhand der Fragen einer Patientin illustriert werden, wie dies im Gespräch zu Tage treten kann. Es wird aufgezeigt, wie der Arzt diese Anliegen bearbeitet und was dazu führen kann, dass sie nicht unmittelbar geklärt werden, sondern erneut aufkommen. Hier geht es einerseits darum, sich mit den Erläuterungen des Arztes auseinanderzusetzen. Andererseits ist zu überlegen, inwieweit eine bestimmte Patientenhaltung darauf Einfluss nimmt. Dabei soll auch reflektiert werden, weshalb diesen Punkten aus Patientensicht potenziell ein so hoher Stellenwert zukommt und wie ÄrztInnen adäquat darauf eingehen können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Welches sind die Hauptanliegen der Patientin?

→ Wie geht der Arzt auf diese Anliegen ein?

→ Welche Erläuterungsstrategien verwendet er?

→ Was führt dazu, dass bestimmte Gesichtspunkte wiederholt zur Sprache kommen?

→ Sehen Sie Möglichkeiten, wie dem entgegengewirkt werden könnte?

4.3.1 Transkript

Transkriptausschnitt 1: „Kann das da irgendwie schon angefangen haben?“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Leukämiepatientin

```
068  A:  (1.1)  WICHtig ist vor allem,
069      dass sie (.) WISsen,
070      es ist eine CHROnische,
071      (---) und keine aKUte leukämie,
072      (---)
073  P:  °h und die KANN von-
074      (---) quasi in KURzer zeit auftreten,
075  A:  ((räuspert sich))
076  P:  (--) weil ich hab auch IMmer die blutuntersuchung das ganze
         jahr [über  ] bei meiner ärztin;
077  A:       [geNAU,]
078  A:  CHROnisch bedeutet,
079      (1.0) im gegensatz zu aKUT,
080      (-) dass etwas LA::NGsam kommt,
081      (1.2) LÄ::NGere zeit bleibt,
082      (---) ja?
083      (-) aKUT bedeutet,
084      °h etwas kommt SCHNELL,
085      (1.1) und im f_fall von leukäMIE?
086      (1.0) führt aKUT,
087      (-) schnell,
088      (-) zu erHEBlichen problemen,
089      und wenn man nichts MACHT,
090      zum verSTERben des patienten;
091      (1.2) CHROnisch bedeutet,
092      etwas kommt LANGsam,
093      (---) und geht auch UNbehandelt eine gewisse zeit,
094      (.) RElativ gut;
095      (.) ja?
096      (1.6)
097  P:  hm;
098  A:  oKAY?
099      (.) °hh alSO,
100      (-) bei IHnen ist,
101      (.) das SO dass,
102      (--) IRgendwann in der vergangenheit,
103      das kann man jetzt nicht GANZ genau sagen,
104      °hh WANN das war,
105      °hh ein,
106      IN einer,
107      in einem WEIßen blutkörperchen;
108      (1.4) °h eine SOgenannte,
109      (3.0) ERBgut (.) veränderung aufgetreten ist;
110      (1.6) das pasSIERT einfach so (.) im laufe des (.) lebens.
```

[00:30 Min.: Thema: 50%ige Wahrscheinlichkeit jedes Menschen an Krebs zu erkranken]

```
130  P:  (--) jetzt hab ich nochmal EIne frage;
131      also nach der großen oPE,
132      ihnen HAT ich_s ja schon gesagt,
```

```
133      °hhh ä::h,
134      da hat ich ja auch so BLUTarmut,
135      °h aber DA ist dann festgestellt worden,
136      °h ä::h ALso,
137      da hab ich_WO ich bin rausgekommen aus_m krankenhaus,
138      FREItags samstags hab ich dann schwarzen stuhl gehabt,
139      °hh mon_MONtags bin ich dann erst zu meiner ärztin,
140      weil ja niemand mehr DA war,
141      °hh und sie hat dann MITtwochs gleich äh,
142      (.) MAgenspiegelung machen lassen,
143      °hh (---) und waren aber nur noch entZÜNdungen [zu sehen;]
144  A:                                                  [ja,      ]
145  A:  [ja ja ja ja JA,]
146  P:  [(xxx xxx xxx)  ] kann das DA irgendwie schon angefangen
         haben,
147  A:  (-) WIE lang ist das her,
148  P:  (-) das werden jetzt im juli DREI jahre;
149  A:  ((atmet ein und aus)) schwer zu !SA!gen;
150      (-) A:ber,
151      mh:,
152      WAHRscheinlich,
153      Eher noch nicht,
154      aber DAS kann man nicht sicher sagen,
155      es spielt auch Überhaupt !GAR! keine rolle;
156      (1.2) es spielt Überhaupt !GAR! keine rolle;=ja?
157      (1.9) also sie haben diese <<sehr deutlich> CHROnisch
         myeloische> leukämie;
```

[ca. 05:00 Min.: Themen: „exzellente“ Behandelbarkeit der Krankheit; Wirkung der Tablettentherapie auf den Schaden in den Zellen; Rückgang der Krankheitssymptome (vergrößerte Milz; schlechte Blutwerte); potenzielle Studienteilnahme und weiterer diesbezüglicher Informationsverlauf; Termin bei der Hausärztin für eine Zweitmeinung; Entlassung am nächsten Tag]

```
319  P:  [°hh ] ä:h wo ich noch ne FRAge zu hab,
320      ich hab äh schon JAHre lang des äh,
321      (---) wegen WAdenkrämpfe,
322  A:  (-) maGNEsium?
323  P:  (-) ja: aber die die äh taBLETten;
324      weil man äh nich die tabletten die BRAUsetabletten;
325      (--) weil man die andern ja nicht mehr verSCHRIEben bekommen
         hat,
326      (---) da KANN das nicht mit zusammenhängen;=ne,
327  A:  RICHtig,
328      (.) DA,
329      kann das NICHT,
330  P:  gut;
331  A:  mit,
332      zuSAMmenhängen;
333      [das STIMMT,]
334  P:  [ und mit zi]tronensprudel den kaloRIENarmen den ich zuhause
         trink auch nicht;
335  A:  (1.4) RICHtig;
336      (-) es GIBT,
337      (-) KEIne,
338      (--) erNÄHrungsgewohnheiten;=ja,
339      (--) die,
340      (---) zu DIEser art der erkrankung,
```

```
341  P:  <<p> FÜHren können;>
342  A:  führn.
343      (.) oKAY,
344  P:  <<p> ja;>
```

4.3.2 Analyse

Zeilen 068-076

Nachdem der Arzt erklärt hat, dass es sich bei der Krankheit um eine chronische und keine akute Leukämie handelt, versucht die Patientin mit einer Bestätigungsfrage sicherzustellen, dass diese wirklich auch sehr kurzfristig auftreten kann. Diese Annahme gründet sie darauf, dass sie regelmäßig und bis vor Kurzem bei ihrer Ärztin Blutuntersuchungen hat machen lassen, welche offensichtlich keine negativen Ergebnisse geliefert hatten.

Erläuterungen

In der Frage der Patientin äußert sich einerseits das bei PatientInnen immer wieder zu Tage tretende Bedürfnis, den Zeitpunkt der Krankheitsentstehung genauer zu bestimmen. Dies hängt oft damit zusammen, dass PatientInnen nach Einflussfaktoren für das Aufkommen der Krankheit suchen. In der anschließenden Bezugnahme auf ihre Untersuchungshistorie zeigt sich ein weiteres häufiges Thema, das beim Umgang von PatientInnen mit ihrer Diagnose zum Tragen kommt: das unerwartete Auftreten der Krankheit trotz Kontrollbesuchen beim Arzt in stetigen Abständen.

Zeilen 077-097

Der Arzt bestätigt die Annahme der Patientin („geNAU,“, Z. 077) noch bevor sie ihren Beitrag zu Ende gebracht hat. Im Weiteren fährt er dann mit der zuvor begonnenen Abgrenzung von chronischer und akuter Leukämie fort und kontrastiert ihren Entstehungsprozess und Verlauf, wobei er auch darauf eingeht, inwieweit jeweils eine unmittelbare Behandlung vonnöten ist. Mit Blick auf das Aufkommen von chronischer Leukämie erklärt er, dass diese „LA::Ngsam kommt,“ (Z. 080) und „LÄ::Ngere zeit bleibt,“ (Z. 081). Die Patientin ratifiziert die Ausführungen mit einem kurzen Rückmeldesignal („hm-“, Z. 097).

Erläuterungen

Obgleich der Arzt die Frage der Patientin zunächst bestätigt, setzt er sich in seinen folgenden Ausführungen nur indirekt mit ihr auseinander. Vielmehr macht er mit seinen zuvor selbstinitiierten Erläuterungen weiter, welche durch die Patienten-

frage unterbrochen werden. Dies äußert sich vor allem darin, dass seine in Überlappung geäußerte Bestätigung den anschließenden Angaben zuwider zu laufen scheint: Während die Patientin davon ausgeht, dass eine chronische Leukämie plötzlich auftreten kann (da sie sonst ja bereits früher bei den Untersuchungen hätte festgestellt werden können), führt der Arzt aus, dass sie langsam entsteht. Solche Diskrepanzen können auf Patientenseite für Verwirrung sorgen.

Der Aspekt der Blutuntersuchungen wird zudem nicht aufgegriffen. Für PatientInnen ist es jedoch oft von besonderer Bedeutung, nachvollziehen zu können, warum z.T. langjährige präventive Untersuchungsmaßnahmen die Krankheit nicht haben identifizieren können. Hieran ist unmittelbar ihr Vertrauen in die Institution *Medizin* geknüpft, sodass das Thema *unergiebige Prävention/Routineuntersuchungen*, wenn es aufkommt, auf keinen Fall vernachlässigt werden sollte.

Auch wenn sich aus dem schleichenden Entstehungsprozess der chronischen Leukämie eventuell herleiten ließe, dass dadurch eine frühe Feststellung der Krankheit verhindert wird, ist von solchen (bestenfalls) impliziten Formen der Auskunft abzuraten. Stattdessen sollten die angesprochenen Sachverhalte ausdrücklich adressiert werden. Kurze Rückmeldesignale sind keine verlässlichen Indikatoren eines erfolgreichen Verständigungsprozesses.

Zeilen 098

Der Arzt fordert nach dem Rückmeldesignal der Patientin („hm;“, Z. 097) noch einmal eine Verstehensbekundung bzw. ein Einverständnis zum Fortfahren ein. (Auf verbaler Ebene erwidert die Patientin darauf nichts. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass eine non-verbale Reaktion z.B. durch Kopfnicken erfolgt.)

Erläuterungen

Die Rückversicherung des Arztes ist positiv zu werten, da er dadurch den Verarbeitungsstatus der Patientin berücksichtigt. Dennoch kann es empfehlenswert sein, an thematischen Übergangspunkten explizitere Verstehensfragen zu formulieren bzw. PatientInnen sogar selbst rekapitulieren zu lassen, was sie aus den bisherigen Erläuterungen mitgenommen haben.

Zeilen 099-146

Der Arzt erklärt, dass im Falle der Patientin eine Erbgutveränderung stattgefunden hat, wobei er betont, dass weder Zeitpunkt („das kann man jetzt nicht GANZ genau sagen, °hh WANN das war,“, Z. 103-104) noch Ursache („das pasSIERT einfach so“, Z. 110) bestimmt werden können. Im ausgelassenen Gesprächsausschnitt fügt er hinzu, dass die Wahrscheinlichkeit an Krebs zu erkranken bei allen Menschen bei ca. 50% liegt und dass die Patientin „Überhaupt keine ausnahme“

darstellt. Die Patientin berichtet daraufhin von einer vergangenen Operation, deren Folgen (Blutarmut und schwarzer Stuhl) in Verbindung mit einer verzögerten Untersuchung („mon_MONtags bin ich dann *erst* zu meiner ärztin,“, Z. 139) sie als potenzielle Einflussfaktoren auf die Entstehung ihrer Krebserkrankung vermutet.

Erläuterungen

Bemerkenswert ist hier vor allem, dass die Patientin in ihrer Frage die unmittelbar vorangehenden Ausführungen des Arztes nicht zu berücksichtigen scheint. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, dass sie sich nicht mit einer so vagen und unbestimmten Erklärung zufriedengeben will. Darüber hinaus ist jedoch zu bedenken, dass auch die Orientierung an unterschiedlichen Konzeptwelten eine Rolle spielen kann: Während der Arzt auf mikrophysiologische Prozesse Bezug nimmt (Erbgutveränderung), welche nicht weiter erläutert werden, sucht die Patientin – hier über die Spezifizierung des Entstehungszeitpunktes – nach Einflussfaktoren in ihrem unmittelbaren Erlebensspektrum. Um der Patientin die Zwecklosigkeit dieser Suche möglichst früh bewusst zu machen, gilt es, sich auf die Ebene ihrer Alltagsrelevanzen zu begeben und die Arbitrarität der Krankheitsentstehung (nochmal) in diesem Rahmen zu betonen (etwa: *Der Krebs kann nicht durch eine frühere Erkrankung ausgelöst worden sein. Er entsteht durch zufällige genetische Veränderungen, die Sie zunächst gar nicht wahrnehmen können.*).

Zu überlegen ist in diesem Zusammenhang auch, inwieweit es nicht sinnvoll bzw. sogar erforderlich sein kann, den aktuellen wissenschaftlichen Stand hinsichtlich Krebsursachen anzusprechen. Wenn die Patientin nicht den Anschein erweckt, als würde sie dies überfordern, könnte ein kurzer Exkurs zur diesbezüglichen Forschungslage dazu beitragen, dass sie sich leichter mit einem „einfach so“ als Erklärung abfinden kann.

Zeilen 147-157

Nachdem konstatiert wurde, dass das betreffende Ereignis ca. drei Jahre zurückliegt, gibt der Arzt seine Einschätzung ab: Es sei unwahrscheinlich, dass die Entwicklung der Krebserkrankung schon damals ihren Anfang hatte, sicher sein könne man sich aber nicht. Schließlich betont er zwei Mal, dass dies aber auch keine Rolle spiele, bevor er dann mit seinen Ausführungen zur guten Behandelbarkeit der Krankheit fortfährt.

Erläuterungen

Durch die Rückfrage zur Bestimmung des Zeitpunkts der Operation durch den Arzt sowie seine Antwort, dass die Krankheit damals *wahrscheinlich* noch nicht begonnen hat, wird nahegelegt, dass zumindest Annäherungen an den Entstehungszeitraum der Krankheit möglich sind. Dies kann dazu beitragen, dass die Patientin

weitere Spezifizierungsversuche diesbezüglich unternimmt (was sie im Weiteren zumindestens hinsichtlich potenzieller Ursachen auch tut). Durch die strikte Ablehnung der Relevanz des Entstehungszeitpunkts durch den Arzt offenbaren sich zudem die divergierenden Perspektiven von Arzt und Patientin: Aus Sicht des Arztes ist der Entstehungszeitpunkt unwichtig, da er für die Behandlung keine Rolle spielt. Für LaiInnen ist die Frage nach dem Ursprung ihrer Krankheit dagegen zentral, da von ihr auch mögliche Verantwortlichkeiten abhängen. Den PatientInnen ist daher die medizinische Perspektive nahezubringen, die sich zum gegebenden Zeitpunkt primär auf therapeutisch bedeutsame Gesichtspunkte konzentriert.

Zeilen 319-333

Die Patientin fragt, ob ihre Krankheit mit der Einnahme von Magnesiumtabletten, die sie aufgrund von Wadenkrämpfen einnimmt, zusammenhängen kann. Damit rückt sie nun explizit die Ursachenfrage in den Mittelpunkt. Der Arzt verneint dies.

Erläuterungen

Ernährungsgewohnheiten werden von PatientInnen öfters sowohl mit Krankheitsentstehung als auch mit ihrer Bekämpfung in Verbindung gebracht. Zum Teil kann damit auch die Angst verbunden sein, eventuell durch eigenes Verhalten zur Entstehung des Krebses beigetragen zu haben: Die erleichterte Reaktion der Patientin („gut“, Z. 330) auf die Unbedenklichkeit der Tabletten ist ein Indikator dafür. Es ist zu empfehlen, die PatientInnen darüber aufzuklären, welche möglichen Einflussfaktoren als Entstehungsursache ausgeschlossen werden können, gerade wenn das Thema von ihnen relevant gesetzt wird.

Zeilen 334-345

Die Patientin schließt unmittelbar mit einer weiteren Frage zur Einflussmöglichkeit von Ernährungsgewohnheiten an, dieses Mal mit Blick auf die Wirkung von Zitronensprudel. Auch hier negiert der Arzt einen potenziellen Zusammenhang und fügt hinzu, dass die Ernährung grundsätzlich nicht mit der Erkrankung in Verbindung steht.

Erläuterungen

Durch den Ausschluss von Ernährung insgesamt als Einflussfaktor kann dieser Bereich von der Patientin auf ihrer Suche nach Krankheitsursachen abgehakt werden. Zusätzlich hätte an dieser Stelle noch einmal explizit hervorgehoben werden können, dass sich (im speziellen Fall) medizinisch grundsätzlich keine externen Auslöser für die Krankheit bestimmen lassen. Zudem hätte es sich angeboten, weitere damit zusammenhängende Patientenannahmen zu thematisieren, um

ganz spezifisch den Einfluss bestimmter Aspekte, die die Patientin möglicherweise noch im Kopf hat, zu besprechen und auszuschließen.

4.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Ursachen und Entstehungszusammenhänge der Krankheit

Krankheitsursachen und Entstehungszeitpunkt sind Anliegen, die PatientInnen häufig beschäftigen (besonders Ernährung wird immer wieder als Einflussfaktor vermutet). Oftmals geht es den PatientInnen darum, in Erfahrung zu bringen, inwieweit sie selbst oder andere durch ihr Handeln für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden können. Dass medizinisch häufig keine genauen Auskünfte über diese Aspekte möglich sind, kann entsprechend unbefriedigend bis hin zu frustrierend sein.

Handlungsempfehlungen

- Annahmen der PatientInnen und für sie wichtige Gesichtspunkte bezüglich der Krankheitsentstehung abklären, um so angemessen auf individuelle emotionale und informative Bedürfnisse eingehen zu können
- Berücksichtigen, dass Fragen nach dem Entstehungszeitpunkt auf das Bestimmen von Ursachen abzielen können
- Willkürlichkeit der Krankheitsentstehung, wenn nötig, bei alternativer Formulierungsweise und Perspektivierung wiederholt hervorheben (etwa explizit betonen, dass der/die PatientIn selbst (sofern zutreffend) keine Verantwortung für das Auftreten der Krankheit trägt: *Die Krankheit entsteht einfach so.* vs. *Sie haben absolut keinen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit*.)
- Ggf. knappe Darstellung des relevanten Forschungsstands zur Begründung begrenzter Auskunftsmöglichkeiten

Zyklische Gesprächsstrukturen I: Abstimmung von Relevanzen und Interessenschwerpunkten

In Arzt-Patienten-Gesprächen kommt es wiederholt zu sog. „zyklischen Gesprächsstrukturen“ (Fiehler et al. 2002): Dasselbe Thema (z.B. Krankheitsursachen) und die damit verbundene emotionale Haltung der Betroffenen kommt im Interaktionsverlauf immer wieder auf, was die Gesprächsdauer verlängert. Dies hängt oft damit zusammen, dass Patientenanliegen, die als irrelevant für den (institutionellen) Gesprächszweck angesehen, übergangen oder aus Patientensicht nur unzureichend behandelt werden.

Handlungsempfehlungen

- Zeit einräumen für die gründliche Bearbeitung einzelner Patientenanliegen, auch wenn diese für das weitere medizinische Vorgehen sekundär sind (werden sie beim ersten Aufkommen ausführlich behandelt, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie im Weiteren wiederholt angesprochen werden)
- Patientenannahmen rund um die manifesten Anliegen aktiv erfragen, um diese weitestgehend abzuhaken
- Offenlegen, warum bestimmte Gesichtspunkte aus medizinischer Perspektive nicht von besonderer Bedeutung sind; Klären, warum bestimmte Gesichtspunkte für die PatientInnen so wichtig sind

Zyklische Gesprächsstrukturen II: terminologisch-konzeptuelle Abstimmung; lexikalische Anknüpfung

Ein weiterer Faktor, der zu zyklischen Gesprächsstrukturen führen kann, betrifft die Kategorien und Begrifflichkeiten, auf die ÄrztInnen in ihren Erläuterungen zurückgreifen. Oftmals sind diese nicht mit den Konzepten der PatientInnen kompatibel, sodass die Gefahr entsteht, dass PatientInnen zwischen den Informationen der ÄrztInnen und ihren eigenen primären Interessenschwerpunkten bzw. den vorangegangenen Gesprächsinhalten keine Verbindung herstellen können.

Handlungsempfehlungen

- Explizit Zusammenhänge zwischen medizinischen Konzepten und den Anliegen der PatientInnen aufzeigen
- Ankündigung/Rahmung dessen, was im Folgenden erläutert wird, mit Bezug auf Patientenkategorien/Alltagsvokabular (z.B. *Hinsichtlich der* Krankheitsursache *kann nur gesagt werden, dass diese durch eine Erbgutveränderung entsteht*. …); Themenübergänge explizieren

- Einzelne Aspekte aus Patientenbeiträgen möglichst direkt adressieren; Notwendigkeit für Folgerungsprozesse minimieren
- Aufgreifen lexikalischer Elemente aus vorangehenden Beiträgen (z.B. *P: Die Krankheit kann also* in kurzer Zeit auftreten*? A: Nein, diese Form der Krankheit* tritt nicht in kurzer Zeit auf*. Sie entsteht über einen längeren Zeitraum*.)
- Bei Patientenfragen (*Kann meine Ernährung zum Krebs geführt haben?*), deren Antwort aus einer zuvor gegebenen allgemeineren Auskunft herleitbar ist (*Es gibt keine (bekannten) externen Einflussfaktoren für die Entstehung der Krankheit*.), ist es ratsam, nicht nur die spezielle Frage zu beantworten, sondern eine generellere Antwort zu liefern → Formulierungs- bzw. Perspektivierungsvariation

Rückmeldesignale; Verstehenseinforderung

PatientInnen reagieren auf die von den ÄrztInnen mitgeteilten Informationen häufig mit Schweigen oder mit positiven Rückmeldesignalen (*hm_hm*, *ja* etc.), sodass unklar ist, ob und wie sie etwas verstanden haben.

Handlungsempfehlungen

- Zeit lassen zur Verarbeitung der Informationen
- Laufend das Verstehen überprüfen, z.B. indem man PatientInnen selbst ihr Verständnis eines bestimmten Sachverhalts wiedergeben lässt

4.4 Modul 2: Klärung von Verantwortung für vergangene Fehlabstimmungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen: Ein Vergleich

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 2: Der Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer Patientin, bei der kürzlich Tumorzellen in der Leber festgestellt wurden. Anwesend sind außer dem Arzt und der Patientin auch ihr Ehemann und ihr Sohn. Zu Beginn des Gesprächs rekapituliert der Arzt den bisherigen Untersuchungsverlauf und die bereits bekannte Ergebnislage. Daraufhin bestätigt er den im Raum stehenden Verdacht eines Leberkrebses und erklärt dabei, dass es sich bei dem Tumor um eine Metastase handelt.

Transkriptausschnitt 3: Der Ausschnitt stammt vom Beginn eines Gesprächs mit einer Brustkrebspatientin und ihrer Tochter. Nach einer Begrüßungssequenz und der Feststellung, dass Arzt und Tochter zuvor am selben Tag bereits kurz miteinander gesprochen hatten, geht die Ärztin unmittelbar zur Klärung eines Kommunikationsproblems über, das sich in Zusammenhang mit der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse an die Patientin bzw. einer Terminierung deren Besprechung in der Klinik ereignet hatte.

Die Patientin wurde bei ihrem ersten Besuch von der Frauenklinik in die Radiologie überwiesen, wo eine Vakuumsaugbiopsie (VSB) durchgeführt wurde. In der Folge nahm die Patientin eigenständig Kontakt mit der Radiologie auf, um die Ergebnisse zu erfragen, erhielt eine Kopie des vorläufigen Befunds und wurde zur Erläuterung an die Ambulanz der Frauenklinik zurückverwiesen. Stattdessen ging sie allerdings zu ihrer niedergelassene Frauenärztin, die im Urlaub war. Nach ihrer Rückkehr lag dieser der endgültige Befund jedoch noch nicht vor, sodass sich die Patientin letztlich an die Frauenklinik wandte.

▶ Analytischer Fokus

Im Rahmen der Aufklärungsgespräche sind ÄrztInnen zuweilen mit dem Unmut von PatientInnen konfrontiert, der damit zusammenhängt, dass die PatientInnen sich in der Vergangenheit von ÄrztInnen bzw. der Klinik nicht angemessen informiert gefühlt haben. Ziel der folgenden Analysen ist es, aufzuzeigen, welche unterschiedlichen Strategien die Ärzte in den jeweiligen Gesprächsausschnitten einsetzen, um mit den Verantwortungs- bzw. Schuldzuschreibungen der Betroffenen und damit zusammenhängenden Emotionen umzugehen. Da die Konsequenzen der aufgetretenen Fehlabstimmungen für die PatientInnen unterschiedlich gravie-

rend sind und der Arzt nur in einem Fall aus erster Hand über Wissen zu den problematisierten Kommunikationsabläufen verfügt, unterscheiden sich die Handlungsoptionen der Ärzte z.T. erheblich. Nichtsdestotrotz soll diskutiert werden, inwieweit bestimmte Strategien der Ärzte auch auf das jeweils andere Gespräch übertragbar sind bzw. bestimmte grundsätzliche Empfehlungen aus dem jeweiligen Umgang mit der Problematik gewonnen werden können.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Welche Kommunikationsprobleme werden in den folgenden Ausschnitten thematisiert?

→ Wie positionieren sich die Ärzte und die Patientinnen/Angehörigen jeweils zu diesen Problemen und deren Ursachen?

→ Welche Strategien nutzen die Ärzte jeweils im Umgang mit den geäußerten Verantwortungszuschreibungen? Welchen Zweck erfüllen diese im Einzelnen?

→ Wie gehen die Ärzte jeweils auf die emotionale Befindlichkeit der Betroffenen ein?

→ Inwieweit ist der Handlungsspielraum der Ärzte durch die fallspezifischen Gegebenheiten eingeschränkt? Gibt es dennoch übertragbare Strategien?

4.4.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 2: „Als Laie wird man eigentlich normalerweise beraten.“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Leberkrebspatientin, E: Ehemann der Patientin, S: Sohn der Patientin

```
049      wir ham uns dann (--) mit ihnen auch nochmal unterHALten,
050      und da kam RAUS,
051      dass sie auch vor (.) FÜNF jahren am (-) darm operiert worden
         sind,
052      (1.3) und dass man DAmals auch schon im darm einen bösartigen
         tumor entdeckt hatte,
053      (1.1) den man vor FÜNF jahren komplett entfernt hatte,
054      °h und zu dem d_damaligen zeitpunkt [sind sie auch]
         untersUcht WORden,
055  P:                                      [((hustet))   ]
056  A:  °h und da hat man NIRgends im körper noch tumorzellen,
057      oder tumormanifestaTIOnen sehen können.
058      ja?
059      (1.9) und jetzt fÜnf jahre SPÄter,
060      kam es für sie mehr oder minder ZUfällig (.) heraus;
061      (2.8) ja?
062  S:  ja,
063  E:  (---) (nein/na) das war bissel ganz ANders;
064      das WAR,
065      der des geschwulst is opeRIERT worden,
066      war alles GUT,
067      alles äh PRIma,
068      °h NICH bösartig,=
069      =nach vier woche kam a BRIEF,
070      °h sie habe eine (.) BÖSartige zelle gefunde,
071      wir wurde NICHT aufgefordert nochmal ins krAnkenhaus zu
         kommen,
072      wir waren in der VORbereitung am november,
073      nach teneRIFfa zu gehen,
074      und haben ALles verschwitzt,
075      und des_s (halt/heut) des resulTAT.
076      (1.7)
077  A:  na?=ich WEIß nicht ob se_s so sehen können,
078  E:  ja;
079      (---)
080  A:  DENN äh-
081      zum dAmaligen zeitpunkt ist in meiner kenntnis SCHON
         durch (.)untersucht worden,
082      und es ist nichts SELtenes dass zum operatiOnszeitpunkt,
083      °h man KEInen tumor mehr im körper erkennt.
084      (1.4) was sie sagen verSCHWITZT,
085      hm;
086      (1.5) im norMALfall macht man es so:,
087      wenn man (.) menschen mit der erKRANkung hat?
088      (---) dann geh_n die in ein (-) überWACHungsprogramm;
089      (--) hiNEIN.
```

[ca: 00:45 Min.: Erläuterung des Zwecks des Überwachungsprogramms: frühzeitige Feststellung potenzieller Metastasen; Mitteilung, dass bei der Patientin die Metastasen in der Leber wahrscheinlich schon mehrere Monate vorhanden sind.]

```
112      (---) inSOfern,
113      geb ich ihnen RECHT,
114      ihre frau ist nicht in das NACHsorgeprogramm eingegangen.
115      (--) in ein NACHsorgeprogramm mit regelmäßigen kontrOllen,
116      (-) wo man dann etwas zu einem FRÜheren zeitpunkt,
117      (---) hätte SEhen können,
118  E:  ja;
119  A:  wenn was DA ist.
120  P:  mir wurde aber DAmals nicht auf[geklärt.      ]
121  E:                                 [ich denk Immer] der patient
         is der LAIe,
122      °h und der doktor is der FACHmann,
123      normal hätte se uns schreibe müsse wir soll_n uns VORstelle;
124      °h und das hat niemand geTAN,
125  A:  geb ich ihnen RECHT.
126      SO isses normalerweise.
127  E:  ja,
128      (1.8)
129  A:  ich denk das is ne situaTION,
130      ich weiß jetzt nicht in welchem krankenhaus WAR_N se denn
         damals?
131      [<<p> zur operaTION?>]
132  E:  [hier hier HIER;     ]
133  P:  hier,
134      (--)
135  A:  [in der chirurgie bei UNS? ]
136  E:  [hier (xxx xxx xxx)        ] (-)
137  P:  ja,
138      (---)
139  A:  könnt man ja nochmal (.) NACH (.) fragen,
140      was die chirurgen dazu MEInen,
141      wie der BRIEFverkehr war;
142      °hh denn norMAlerweise kenn ich die chirurgen so dass sie,
143      (-) in DER situation seh:r (--) konsequEnt sind.
144      (1.2) aber das können wa (-) GERne nochmal nachfragen,
145      dass die das überPRÜfen.
146      ja?
147      (--)
148  E:  wird WEnig nütze.
149      (1.6)
150  A:  °h ha ich denk für UNS ist es schon wichtig [zu       ]
         schauen;
151  E:                                              [<<p> ja,>]
152  A:  ob da WIRKlich was- (---)
153  E:  für SIE ja,
154      (1.1)
155  A:  entSCHWUNden is,
156      irgendwas SCHIEF gegangen is;
157      das sollte man SCHON tun;
158      (--) weil norMAlerweise,
159      (-) das n_stAndardprogramm ist dass die patienten zur
         NACHsorge,
160      (-) AUFgefordert werden.
161      (1.4)
162  S:  ja: das denk ich AUCH.
163      (-)
164  A:  ja?
165  E:  für Uns war_s n LEICHTsinn,
166      wo ma ä::h beRICHtet gekriegt habe,
```

```
167      dass ein tumorzelle BÖSartig,
168      hätte man von UNS aus schon,
169      aber ANdererseits is auch wieder,
170      wenn das KRANkehaus uns aufgefordert hätt,
171      wären mir bestimmt GLEICH gegange;=gell?
172      (-)
173  A:  also ICH seh da bei ihnen jetzt keine große schUld,
174      (---) als LAIe (.) wird man eigentlich normalerweise beraten.
175      (---) [WIE wo wann-                 ]
176  E:        [wir geben uns (SCHON) schuld;]
177  A:  (--) war KANN ich jetzt nicht (--) nAchvollziehen.
```

4.4.2 Analyse A

Zeilen 049-075

Nachdem der Arzt seine Rekapitulation mit Bezug auf eine vor fünf Jahren stattgefundene Operation abgeschlossen hat, ergreift der Ehemann der Patientin das Wort, um der Darstellung des Arztes zu widersprechen: Er berichtet von einem Brief der Klinik über eine bösartige Zelle, der aufgrund einer fehlenden Aufforderung zur diesbezüglichen Vorstellung und einem anstehenden Urlaub gänzlich „verschwitzt“ (Z. 074) worden sei. Dies habe zur gegenwärtigen (Krankheits-)Situation geführt.

Erläuterungen

Der Ehemann sieht in den Ereignissen vor fünf Jahren die Ursache für die gegenwärtige Erkrankung seiner Frau. Dabei lokalisiert er die Verantwortung dafür einerseits bei der Familie selbst („und haben ALles verschwitzt,“, Z. 074), führt dieses Fehlverhalten allerdings darauf zurück, dass die betreffende Klinik ihre Informationspflicht vernachlässigt hat („wir wurde NICHT aufgefordert nochmal ins krAnkenhaus zu kommen,“, Z. 071). Diese Mischung aus Selbstvorwurf und Vorwurf an die Institution macht eine entsprechende Stellungnahme des Arztes relevant.

Zeilen 077-085

Der Arzt stellt die Perspektive des Ehemanns infrage („na?=ich WEIß nicht ob se_s so sehen können,“, Z. 077). Er wiederholt, dass seines Wissens eine postoperative Untersuchung wie vorgesehen stattgefunden habe und dass es üblich sei, dass dabei keine bösartigen Zellen mehr gefunden werden. Auch problematisiert er die Formulierung *verschwitzt* („was sie sagen verSCHWITZT, hm;“, Z. 084/085), ohne jedoch ausführlicher darauf einzugehen.

Erläuterungen

Der Arzt scheint mit der Zurückweisung der Interpretation des Ehemanns zunächst indirekt die Institution in Schutz zu nehmen. Mit der Erklärung, dass es keine Ausnahme darstelle, dass unmittelbar nach einer Operation keine Tumorzellen mehr festgestellt werden, deutet er an, dass dies eben nicht bedeuten muss, dass im weiteren Verlauf nicht doch noch entsprechende Zellen zu finden sein können. Damit schränkt er implizit den von den Betroffenen so wahrgenommenen Entwarnungsstatus angesichts der negativ ausgefallenen Untersuchungen nach der Operation ein. Aus Laiensicht ist dies jedoch keinesfalls selbstverständlich und ist der Familie zum damaligen Zeitpunkt ihrem Verständnis nach ja gerade nicht klar kommuniziert worden.

Zeilen 086-119

Im Anschluss folgt eine Beschreibung des Standardvorgehens, nämlich dass PatientInnen in ein Überwachungsprogramm aufgenommen werden, damit potenzielle Metastasen frühzeitig erkannt werden. In diesem Rahmen erwähnt der Arzt, dass die Metastasen bei der Patientin wahrscheinlich schon länger vorhanden sind. Abschließend gibt er dem Ehemann insofern Recht, als eine Aufnahme der Patientin in das Nachsorgeprogramm ausgeblieben ist, welche eine frühere Feststellung der Metastasen hätte gewährleisten können.

Erläuterungen

Aus den Ausführungen des Arztes geht hervor, dass die Folgen der Nicht-Aufnahme der Patientin in das Nachsorgeprogramm potenziell gravierend sind, da eine medizinische Intervention sich auf diese Weise um Monate verzögert hat. Für Patientin und Angehörige bedeutet diese Gewissheit natürlich eine umso größere Last, da sie nun mit der Tatsache konfrontiert sind, dass man gesundheitlich schwer beeinträchtigende Auswirkungen der Krankheit sowie der Therapie hätte verhindern bzw. eindämmen können. Indem er dem Ehemann ausdrücklich Recht gibt, geht er auf einer sachlichen Ebene auf dessen Einschätzung ein. Im Kontext sinnvoll wäre aber vor allem hier ein Eingehen auf der emotional-affektiven Ebene vorteilhaft gewesen.

Zeilen 120-128

Die Patientin betont, dass damals keine Aufklärung bezüglich eines entsprechenden Programms stattgefunden habe; der Ehemann bestätigt dies, wobei er mittels der Gegenüberstellung von Laien- und Expertenrolle das so empfundene Versäumnis einer adäquaten Informierung seitens der Klinik hervorhebt. Der Arzt

gibt dem Ehemann Recht, bezieht dieses Zugeständnis jedoch in erster Linie darauf, dass PatientInnen über das vorgesehene Prozedere der Nachsorge standardgemäß zu informieren sind („SO isses normalerweise.“, Z. 126). Auf die Behauptung der Betroffenen, dass dies im konkreten Fall nicht geschehen sei, geht er nicht ausdrücklich ein.

Erläuterungen

Mit der erneuten Kritik am Kommunikationsverhalten der damaligen Zuständigen zeigen Patientin und Ehemann an, dass die bisherige Stellungnahme des Arztes nicht ihren Erwartungen entspricht. Sie scheinen eine klare Positionierung in Form einer übereinstimmenden Schuldzuweisung (bzw. eines stellvertretenden Schuldeingeständnisses) und/oder einer expliziten Entlastung der Familie zu verfolgen. Für den Arzt ist dies jedoch offensichtlich schwierig, da ihm die nötigen Informationen für eine objektive Beurteilung der Sachlage fehlen. Seine Kompromisstrategie besteht darin, dem Ehemann erneut beizupflichten und sich dadurch ein Stück weit solidarisch zu zeigen, dies jedoch durch die nachgeschobene Bezugnahme auf den ‚Normalfall‘ zu relativieren (Letzteres wird durch die Ausdrucksweise des Ehemanns begünstigt, der zuvor selbst anmerkt: „*normal* hätte se uns schreibe müsse“, Z. 123). Auch wenn dies im vorliegenden Fall ein geeigneter Mittelweg sein mag, ist darauf hinzuweisen, dass das Adressieren der individuellen Situation der PatientInnen gegenüber Allgemeinaussagen tendenziell eine stärkere Involviertheit und somit einen höheren Grad der Nähe zu den Betroffenen signalisiert, was förderlich für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und den weiteren Verlauf der Therapie sein kann.

Zeilen 129-164

Nachdem festgestellt wird, dass das betreffende Ereignis in demselben Klinikum stattgefunden hat, was dem Arzt bis dato nicht bewusst war, schlägt dieser vor, die ChirurgInnen zu kontaktieren und der Sache auf den Grund zu gehen. Dabei merkt er an, dass diese seiner Erfahrung nach sehr gründlich vorgehen. Obgleich der Patient wiederholt negativ auf das Angebot reagiert („wird WEnig nütze“, Z. 148; „für SIE ja“, Z. 153), besteht der Arzt darauf, dass es wichtig sei, einen potenziellen Fehler im institutionsinternen Ablauf aufzudecken.

Erläuterungen

Das Engagement des Arztes, in Erfahrung zu bringen, was konkret schiefgelaufen ist, ist ein positives Signal in Richtung der Betroffenen, dass ihr Anliegen ernst genommen wird. Dies kann helfen, Vertrauen wiederherzustellen. In der zurückweisenden Haltung des Ehemanns kommt allerdings nun noch stärker als zuvor zum

Tragen, dass es ihm nicht um eine gründliche Aufarbeitung des Falles geht, sondern vielmehr emotionale Aspekte, d.h. um eine Anerkennung des Leidens, das entstanden ist.

Zeilen 165-177

Der Ehemann bezeichnet es als leichtsinnig, dass sich die Familie nach der Informierung über die bösartige Zelle nicht eigenständig im Klinikum gemeldet hat, fügt aber gleich hinzu, dass sie dies zweifelsohne getan hätten, wäre eine entsprechende Aufforderung von Seiten der Institution erfolgt.

Der Arzt spricht der Familie den Großteil der Schuld ab, erklärt jedoch, dass er die genauen Zusammenhänge („WIE wo wann-“, Z. 175) zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachvollziehen kann. In Überlappung expliziert der Eheman, dass die Familie sich sehr wohl auch Schuld gibt, worauf der Arzt allerdings nicht mehr eingeht. Stattdessen (nicht im Transkript aufgeführt) kündigt er noch einmal an, dass er zur Klärung der Sachlage mit den ChirurgInnen in Verbindung treten wird und lenkt dann die Aufmerksamkeit auf die anstehenden Behandlungsschritte.

Erläuterungen

Hier rückt der Ehemann nun die familiären Selbstvorwürfe in den Mittelpunkt, was als indirekter Appell an den Arzt zu verstehen ist, darauf tröstend bzw. beschwichtigend einzugehen. Der Arzt erkennt dieses Bedürfnis und versucht die Selbstkritik abzumildern. Allerdings weist seine Formulierung diverse Abschwächungen auf: Zum einen beschränkt er sich auf eine subjektive Perspektivierung („ICH seh“, Z. 173) (statt eine objektivere Äußerung zu tätigen, wie etwa *Sie trifft da keine Schuld.*). Zum anderen bezieht er sich nicht auf die gesamte Schuld, sondern lediglich auf einen Teil („keine große schuld“, Z. 173). Seine anschließende Ausführung, die im Kontext als Begründung dafür zu verstehen ist, dass die Familie keine Schuld trifft, bezieht sich erneut nur auf eine allgemeine Ebene („als LAIe (.) wird man eigentlich normalerweise“, Z. 174) und nicht auf den konkreten Fall. Hinzu kommt die Erklärung, dass er die genauen Abläufe nicht zurückverfolgen kann. Selbstverständlich ist klar, dass die Umstände (Wissensdefizit des Arztes und Involviertheit der Klinik) eine bestimmtere Ausdrucksweise kaum zulassen. Es soll nur aufgezeigt werden, dass all diese Formulierungsaspekte die Möglichkeit offen lassen, dass die Betroffenen eben doch die Mitschuld tragen, wodurch die Beschwichtigung an Effektivität einbüßt. Dies äußert sich auch in der Reaktion des Ehemanns, welcher den ärztlichen Besänftigungsversuch zurückweist.

4.4.3 Transkript B

Transkriptausschnitt 3: „Aber es ist total schlecht gelaufen, es tut mir total leid.“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt der Frauenklinik, P: Brustkrebspatientin, T: Tochter der Patientin

```
019  A:  °h jetzt hab ich mal en paar FRAgen-
020      weil ich FINde das des-
021      (0.6)
022  A:  bei UNS nich gut gelaufen is-
023  P:  [ja des isch überHAUPT net gut gelaufen.]
024      [((Lärm im Hintergrund))                ]
025  A:  des is überhaupt nich gut geLAUfen;
026  P:  NEE;
027  A:  ich REG mich grad total auf-
028      [muss ich EHRlicherweise sagen.        ]
029  P:  [((unverständlich)) seit vierzehn TAge-]
030      reg ich [mich schon] AUF.
031  A:          [ja.       ]
032      sie sind doch (.) bei UNS gewesen;
033      und dann haben wir sie zur vau es be geSCHICKT.
034      (0.3)
035  A:  zu dieser vakuumsaugbiopsie bei den radioLOgen.
036  P:  geNAU.
037  A:  DES haben die am zwölften zwOten gemacht,
038  P:  geNAU;
039  A:  und dann sind sie NIE wieder angerufen worden,
040  P:  [NEIN.  ]
041  A:  [dann is] NICHTS mehr passie[rt.  ]
042  T:                              [NEIN.]
043  P:  NEIN.
044  A:  und wie sind sie jetzt zUfällig DOCH wieder zu uns gekommen?
045      weil SIE sich drum gekümmert haben,
046  P:  ja.
047  A:  oder wie is des[geWEsen?]
048  P:                 [ja °h-  ]
049  T:                 [ja.     ]
```

[ca. 01:30 Min.: Patientin berichtet über weiteren Kommunikationsverlauf: Kontaktaufnahme mit Radiologie; Erhalt des Vorbefunds; es kommt durch Nachfrage des Arztes zur Sprache, dass die Patientin von der Radiologie an die Frauenklinik verwiesen wurde, jedoch stattdessen mit ihrer niedergelassenen Frauenärztin Kontakt aufgenommen hat, welche in Urlaub war. Der Arzt geht darauf nicht ein.]

```
128  P:  dann hat mich am MONtag,(--)
129      Abend,=
130      =wo die:- (-)
131      frAUenärztin den erstn tag geARbeitet hat,
132      [nachdem] ich morgens ANgerufen hab,
133  A:  [hm_HM; ]
134  P:  [ob sie den ]  äh äh beFUND hat,
135  A:  [JA_a-      ]
136  A:  ja;
137  P:  hieß es NEIN.
138  A:  ja eben [die KRIEGT den ja nich;]
139  P:          [abends um halb NEUN,   ]
```

```
140      (0.4)
141  A:  die KRIEGT den ja nich;
142      diesen beFUND kriegt ja niemand.
143      das is ja des wo wir uns grade mit dem radioLOgen immer so
         ärgern;
144      diesen befund krie[gt einfach NIEmand.]
145  P:                    [sie hat-           ]
146      sie HAT_n jetzt;
147  A:  jetzt JA natürlich-
148      ich habn AUCH jetzt;
149      nachdem ich da drüben ANgerufen hab,
150      und geSAGT hab,
151      ich brAUch mal n bisschen MEHR als nur so fünf be,
152      ich muss mal wissen um was es GEHT?
153      °h dieser befUnd erscheint im comPUter komischerweise nicht,
154      ja?
155      deshalb können ihn unsere SCHWEStern auch nich ausdrucken,
156      UND des läuft-
157      ((blättert)) OAH des gibt morgen ärger;
158      ((lacht)) ich werde mich morgen beSCHWEren,
159      weil des SO nich geht;
```

[ca. 00:50 Min.: Die Patientin erwähnt, dass sie den Vorbefund ein zweites Mal erhalten hat; erneuter Bezug des Arztes auf ihr Engagement den aktuellen Befund zu erhalten, das Fehlen des Befundes im Computersystem und die Klärung der Angelegenheit; Patientin berichtet weiter von ihrer nochmaligen Kontaktaufnahme mit der Radiologie, die sie letztlich über die Fertigstellung des endgültigen Berichts informiert hat]

```
205  T:  und mir hängen jetzt halt in der LUFT,
206      und haben nich [((unverständlich))]
207  P:                 [ich hab VIERzehn tag-]
208  A:                 [((unverständlich)) . ][(xxx) DOOF.   ]
209  P:                                        [des könnte vor]bei
         sein AL[les. ]
210  A:         [ja na]TÜRlich,
211  P:  [ALso ich-        ]
212  A:  [es is alles toTAL] doof;
213      °h also es is jetzt nix SCHLIMmes weils nix- (--)
214      nix GROßes is,
215      es is was schlImmes weil wirs opeRIERN müssen;
216      JA: weils-
217      doch BRUSTkrebszellen sind;
218      aber es is toTAL schlecht gelaufen;
219      es tut mir toTAL leid,
220      ja?
221      ich reg mich grad <<lachend>FURCHT[bar auf> ha-          ]
222  P:                                    [die GANze familie isch]
         [durcheinander.]
223  A:  [die ganz-     ]
224      °h und ALles weil-
225      weil die das nicht auf die REIhe bekommen?
226      dass DES einigerma'
227      wenn WIR sie wEgschicken,
228      weiß ICH ja nich,
229      wann sie da diesen beFUND kriegen.
230      wann sie die die diese ganze SAche kriegen;=ja?
231      ich KRIEG von dem radiolOgen,
```

```
232      KEI:ne info;
233      (0.5)
234  T:  °h ich HAB am-
235  A:  des ÄRgert mich sO: wissen sie?
236      dass [die NICHT mit] uns kommunizieren wollen;
```

4.4.4 Analyse B

Zeilen 019-049

Nach der Begrüßung spricht der Arzt sofort eigeninitiativ die entstandene Problematik an („ich FINde das des- (0.6) bei UNS nich gut gelaufen is-“, Z. 020-022). Dabei hebt er das eigene emotionale Befinden diesbezüglich hervor: „ich REG mich grad total auf-“ (Z. 027). Die Patientin intensiviert die jeweiligen Aussagen des Arztes. Daraufhin leitet dieser die Rekapitulation des Untersuchungs- und Kommunikationsverlaufs zwischen Patientin und Klinik ein und übergibt der Patientin das Wort zur Schilderung des weiteren Ablaufs aus ihrer Sicht.

Erläuterungen

Der Arzt im vorliegenden Beispiel hat im Vergleich zum Arzt im vorangegangenen Fall den Vorteil, dass er zu Gesprächsbeginn eine genauere Kenntnis der Sachlage hat: Er war selber in den Untersuchungsprozess der Patientin eingebunden und ist über die entstandenen Komplikationen im Bilde, was ihn in eine bessere Lage für die Klärung des Vorfalls versetzt. Mit seinem Eingeständnis, dass der Fehler auf Seiten der Klinik liegt („bei UNS“, Z. 022), schafft er die Grundlage für eine kooperative Diskussion. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die weitaus harmloseren Folgen der Kommunikationsprobleme (spätere Mitteilung der Diagnose vs. ausgebliebene Nachsorge) die Verantwortungsübernahme wesentlich unproblematischer gestalten.

Des Weiteren äußert der Arzt durch seine emotionale Involviertheit, dass er persönlich von der Angelegenheit betroffen ist und dass er sich nicht nur sachlich, sondern auch auf Gefühlsebene mit der Position der Patientin solidarisiert. Dies kann dazu beitragen, dass sich PatientInnen verstanden und ernst genommen fühlen.

Schließlich bietet er der Betroffenen Raum für eine ausführliche Darstellung ihres Unmuts und vermittelt ihr so aktiv das Gefühl, dass er ein offenes Ohr für ihre Beschwerden hat.

Zeilen 128-144

Die Patientin berichtet, dass ihre Frauenärztin den Befund noch nicht hatte, als sie aus dem Urlaub zurück war, woraufhin der Arzt wiederholt emphatisch moniert, dass diesen Befund niemand erhalte, worüber sie sich „grade mit dem radioLOgen immer so ärgern-“ (Z. 143).

Erläuterungen

Hier findet nun eine erste Schuldzuweisung statt: Der Arzt lokalisiert den Fehler beim Radiologen, der die Befunde nicht weiterleitet. Dabei präsentiert er sich und seine Abteilung nicht nur als nicht (primär) verantwortlich für die Unannehmlichkeiten, sondern darüber hinaus selbst als leidtragend, was eine noch stärkere Solidarisierung mit der Patientin darstellt und ihn aus der ‚Schusslinie‘ befördert. Es zeigt sich hier gewissermaßen die geradewegs gegenteilige Strategie wie im vorangegangenen Beispiel. In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings auch die Frage, ob der Informationsprozess eventuell hätte beschleunigt werden können, wenn die Patientin direkt mit der Gynäkologie Kontakt aufgenommen hätte, wie ihr seitens der Radiologie nahegelegt wurde (s. Kontextinformationen). Gerade auch mit Blick auf das Gesamtimage der Klinik ist daher kontextsensitiv abzuwägen, wie sich ÄrztInnen am besten positionieren können, um die Situation der Betroffenen zu würdigen, gleichzeitig jedoch eine Balance zu schaffen zwischen der Berücksichtigung eines möglichen Beitrags auch der PatientInnen zur Problematik und einer Verantwortungsübernahme bzw. klinikinternen Verantwortungszuweisung.

Zeilen 145-152

Nachdem die Patientin berichtet, dass ihre Frauenärztin den Befund inzwischen vorliegen habe, gibt der Arzt an, dass dieser mittlerweile auch bei ihm eingetroffen sei, allerdings erst nachdem er ihn telefonisch eingefordert habe.

Erläuterungen

Hier stellt der Arzt nun seine persönlichen Bemühungen dar, den Befund einzuholen und somit den Diagnose- und Therapieplanungsprozess ganz im Sinne der Patientin voranzutreiben. Auf diese Weise verdeutlicht er der Patientin, dass er verantwortungsbewusst handelt, was zur Wiederherstellung des potenziell geschädigten Vertrauens in die Institution bzw. zumindest die Frauenklinik beitragen kann.

Zeilen 153-155

Weiter erklärt der Arzt, dass der Befund „komischerweise“ (Z. 153) nicht im Computersystem der Frauenklinik angezeigt werde, weshalb auch die Schwestern keinen Zugriff auf ihn haben.

Erläuterungen

Die Verlagerung des Fehlers auf eine technische Ebene trägt zur Entlastung des Personals bei, welches durch das ‚unerklärliche‘ Fehlen des Befundes im System für mangelnde Auskunftsmöglichkeiten nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Zeilen 157-159

Der Arzt versichert, dass das Auftreten dieses Fehlers Konsequenzen haben und er sich persönlich beschweren werde, da so etwas nicht hinnehmbar sei („weil des SO nich geht;“, Z. 159).

Erläuterungen

Erneut betont der Arzt seinen eigenen Einsatz in der Sache, diesmal zukunftsgerichtet durch die Ankündigung ihrer energischen Weiterverfolgung. Im Gegensatz zum vorherigen Beispiel geht es ihm jedoch nicht um eine Klärung der Sachlage, die hier als eindeutig behandelt wird, sondern um die Maßregelung der aus seiner Sicht Verantwortlichen. Dies kann für die Betroffenen ggf. eine Genugtuung sein, da ihnen klar signalisiert wird, dass die ihnen verursachten Unannehmlichkeiten institutionsintern nicht ohne Folgen bleiben werden.

Zeilen 205-236

Zum (vorläufigen) Abschluss der Ereignissrekapitulation betonen die Tochter der Patientin sowie die Patientin selbst nocheinmal ihre unangenehme Lage („mir hängen jetzt halt in der LUFT,“; Z. 205). Der Arzt bekundet wiederholt sein Verständnis mittels eines empathischen Eingeständnisses bezüglich der defizitären Komnmunikation („es is toTAL schlecht gelaufen“, Z. 218). Seine Äußerung „es tut mir toTAL leid; ja?“ (Z. 219/220) kann in diesen Zusammenhang zudem als (stellvertretende) Entschuldigung aufgefasst werden. Dabei rahmt die ärztliche Anteilnahme die erstmalige Mitteilung der Diagnose. Bevor der Arzt zur Therapiebesprechung überleitet (nicht im Transkript aufgeführt), hebt er nochmals seinen persönlichen Ärger hervor.

Erläuterungen

In diesem Abschnitt manifestiert sich der Kontrast zum vorangehenden Beispiel hinsichtlich des Umgangs mit dem Ärger und der emotionalen Belastung der Betroffenen besonders deutlich: Die Anerkennung der schweren Gefühlssituation, die explizite Anteilnahme, welche hier lexikalisch durch die Verwendung des Adjektivs *total* intensiviert wird, sowie die abschließende Entschuldigung (bzw. Mitgefühlsbekundung mit potenziellem Entschuldigungscharakter) blieben im vorherigen Fall aus, obwohl die Beiträge der Betroffenen nahegelegt haben, dass sie erwünscht waren und diese durchaus entscheidende Momente der Arzt-Patienten-Interaktion und -beziehung darstellen.

4.4.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen:

Motivationen für die Thematisierung von ‚Fehlern' oder von ‚Schuld'

Hinter der Thematisierung eines Fehlers im institutionellen Ablauf bzw. in der Kommunikation zwischen PatientInnen und Institution können unterschiedliche Motivationen stecken (oft in Verbindung miteinander). So etwa:

Handlungsempfehlungen

- Beschuldigung der Institution (mit Blick auf rechtliche Konsequenzen)
- Klärung der Fehlerquelle; Verstehen der Ursachen der Problematik
- Einräumung der (Mit-)Verantwortung/ Schuld der Institution bzw. deren VertreterInnen
- Bearbeitung von Selbstvorwürfen/ Schuldgefühlen
- emotionale Anerkennung des Schadens, der den Betroffenen entstanden ist
- Mitgefühl; emotionale Unterstützung
- Wiederherstellung eines beschädigten Vertrauens in die Institution
- Bedürfnis, die eigene Erfahrung mitzuteilen; Zuhören/Verständnis der ÄrztInnen einfordern
- Es ist wichtig, herauszuarbeiten, welche Motivation im konkreten Fall zugrunde liegt, um adäquat damit umgehen zu können.

Verantwortung und Schuldzuweisungen

Die Frage danach, wer die (Haupt-)Verantwortung für einen Fehler im Institutionsablauf bzw. der Kommunikation zwischen Institution und PatientIn trägt, ist eine äußerst heikle. Die Betroffenen können einerseits mit einer klaren Kritikhaltung an der Institution in das Gespräch kommen, andererseits stehen ggf. aber auch Selbstvorwürfe im Raum. Für die ÄrztInnen besteht die Herausforderung einerseits darin, die fehlerhaften Abläufe objektiv zu rekonstruieren, während andererseits zugleich das Image der Institution und das Gesicht der PatientInnen gewahrt werden sollten.

Handlungsempfehlungen

- Fühlen PatientInnen sich von der Institution inadäquat behandelt, ist zumindest eine Anteilnahme mit potenziellem Entschuldigungscharakter empfehlenswert (z.B. *Es tut mir wirklich leid./Wir bedauen sehr, dass Ihnen (durch diese Fehlabstimmung) solche Unannehmlichkeiten entstanden sind.*); subjektives Ausmaß des Schadens für die Betroffenen dringend berücksichtigen!
- Bestimmbare Fehler auf Seiten der Institution einräumen und so gut wie möglich rechtfertigen bzw. erklären (→ Vorsicht bei potenziellen juristischen Konsequenzen)
- Steht ÄrztInnen hinsichtlich einer Problematik nur die Darstellung der PatientInnen zu Verfügung, kann es ratsam sein, diese gewissermaßen als ‚Arbeitshypothese' zu verwenden, um den Betroffenen nicht das Gefühl zu vermitteln, man glaube ihnen nicht. Erweist sie sich im Nachhinein als inakkurat, kann das weitere institutionelle Handeln immer noch daran angepasst werden.
- Abwägen, inwieweit der Beitrag der PatientInnen zu einer bestimmten Problematik thematisiert werden muss oder vernachlässigt werden kann, um eine fruchtlose Verkomplizierung der Angelegenheit und Verlängerung des Gesprächs zu vermeiden (s. Transkript 3)
- Bei PatientInnen, bei denen aufgrund ihres eigenen Fehlverhaltens Schuldgefühle zu Tage treten je nach Sachlage:
  - Gewichtung des Beitrags minimieren
  - Beschwichtigen, indem versucht wird, das Fehlverhalten zu erklären und zu rechtfertigen bzw. Verständnis dafür aufzubringen

Anteilnahme; emotionale Unterstützung

In Fällen, in denen die Diagnostizierung einer schweren Krankheit wie Krebs im Raum steht, und die Betroffenen ohnehin mit einer starken psychischen Anspannung umzugehen haben, stellen selbst kleinere Probleme im institutionellen Ablauf eine erhöhte emotionale Belastung dar. Diese ist selbstverständlich umso größer, je schwerwiegender die Konsequenzen der vorliegenden Komplikation sind (s. Transkript 2). Der adäquate Umgang mit den diversen Gefühlen der PatientInnen (Wut, Enttäuschung, Trauer, Hilflosigkeit etc.) ist ein ausschlaggebender Faktor in der Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung und der Zufriedenheit der PatientInnen mit konkreten Interaktionen.

Handlungsempfehlungen

- Unannehmlichkeiten/Schaden, die/der für die Betroffenen entstanden sind/ist sowie damit einhergehende Emotionen würdigen und ruhig auch explizit adressieren (z.B. *Das ist natürlich eine sehr belastende Situation.; Ich kann gut verstehen, dass sie wütend/enttäuscht sind.*) unabhängig davon, wer primär verantwortlich ist
- Ggf. auch die eigene emotionale Involviertheit thematisieren → stärkere Verbundenheit (s. Transkript 3)
- Wo immer möglich, auf den konkreten Fall der PatientInnen eingehen, sodass ein direkter Bezug zu ihrer individuellen Erfahrung hergestellt wird.
- Auf Signale der Betroffenen achten, die auf das Bedürfnis einer emotionalen Bearbeitung hinweisen:
  - Mitteilung der Auswirkungen der Fehlabstimmung auf die persönliche Befindlichkeit (z.B. „die GANze familie isch durcheinander.“, Transkript 3, Z. 222)
  - ‚Redseligkeit‘; genaue Schilderung der Abläufe aus der eigenen Perspektive
  - In Zusammenhang mit Schuldgefühlen: Versuche, das eigene Handeln zu rechtfertigen (z.B. „wenn das KRANkehaus uns aufgefordert hätte, wären wir bestimmt GLEICH gegange;=gell?“, Transkript 2, Z. 170/171)

Vertrauen wiederherstellen

Neben den diversen Unannehmlichkeiten, die PatientInnen durch bestimmte institutionsorganisatorische Komplikationen entstehen können, kann je nach Schweregrad der Problematik und ihrer Konsequenzen auch das Vertrauen der Betroffenen in die Institution mehr oder weniger stark beschädigt sein. Dies gilt es wiederherzustellen, nicht zuletzt um im Weiteren einen reibungslosen Behandlungsverlauf zu unterstützen.

Handlungsempfehlungen

- Lokalisierung der konkreten Fehlerquelle
- Versicherung, dass entsprechende Probleme nicht an der Tagesordnung liegen
- Hervorhebung des persönlichen Einsatzes bei der Lösung des gegenwärtigen Problems, falls der/die aufklärende Arzt/Ärztin involviert war
- Ankündigung praktischer Konsequenzen:
  - hinsichtlich eines Versuchs, bestimmte Abläufe zu optimieren bzw. das eigene Handeln anzupassen (sofern dies realistisch ist)
  - Konfrontation anderer beteiligter Abteilungen sowie ranghöherer Entscheidungsinstanzen mit der Problematik, sodass ein generelles Bewusstsein diesbezüglich gefördert wird (hier ist abzuwägen, ob dies als Beschwerde zu rahmen ist oder als eine neutralere Form der Informierung/des kritischen Austauschs)

4.5 Modul 3: Vorsorgeuntersuchungen: Ein Vergleich

▶ Analytischer Fokus

In den *Transkriptausschnitten 4 und 5* geht es um das Thema Vorsorgeuntersuchungen. In beiden Ausschnitten beurteilen die Patientinnen kritisch ihre Erfahrungen mit Untersuchungen zur Brustkrebsvorsorge. Es soll herausgearbeitet werden, wie unterschiedlich die Ärzte die Kritik der Patientinnen an Krebsvorsorgeuntersuchungen annehmen oder nicht und zu welchen Reaktionen das bei den Patientinnen führt. Anhand des Vergleichs beider Gesprächsausschnitte soll diskutiert werden, wie mit kritischen Patientenmeinungen zu Vorsorgeuntersuchungen umgegangen werden kann.

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 4: Der Ausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer 80-Jährigen Patientin, die mit ihrem Ehemann gemeinsam beim Aufklärungsgespräch ist und vom Arzt die Diagnose Brustkrebs erfährt. Die Patientin hatte bereits 40 Jahre zuvor in der anderen Brust Krebs. Der Arzt erklärt, dass der Tumor gute Eigenschaften hat und eine Operation als Therapiemaßnahme vorgesehen ist. Es ist noch nicht klar, ob die Brust erhalten werden kann oder amputiert werden muss. Die Patientin fragt nach der Ursache der Erkrankung. Der Arzt antwortet ihr, dass es auf die Frage *Warum?* in der Medizin keine Antwort gibt und ermutigt sie, dass sie ja bereits einmal eine Krebserkrankung erfolgreich überstanden hat. Der Ausschnitt setzt in Min. 10:13 von 14:45 ein.

Transkriptausschnitt 5: Die 70-Jährige Patientin ist mit ihrem Ehemann beim Aufklärungsgespräch und erfährt vom Arzt die Diagnose Brustkrebs. Nach der Begutachtung der Brust erklärt der Arzt der Patientin, dass sie nicht nur einen, sondern mehrere Tumorherde in der Brust hat. Daraus ergibt sich, dass eine brusterhaltende Operation nicht möglich ist. Der Arzt erläutert der Patientin jedoch die Möglichkeiten einer Brustprothese und erklärt die weiteren Therapieschritte. Es steht noch nicht fest, ob der Tumor gestreut hat. Der Arzt erklärt, dass die Beratung über die angemessenen Therapiemaßnahmen im Tumorboard stattfindet und er erst danach endgültige Rückmeldung geben kann. Die Patientin fragt nach der Empfehlung des Arztes. Dieser sagt ihr, dass ein Brustaufbau mit Prothesen auch zu einem späteren Zeitpunkt nach der OP möglich ist. Der Gesprächsausschnitt setzt in Min. 09:58 von 14:55 ein.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie beurteilen die Patientinnen die Vorsorgeuntersuchungen? Wie geht der Arzt damit um?

→ Wie beurteilen Sie den Informationsumfang der Erklärung des Arztes?

→ Hätten Sie weitere oder andere Informationen hinzugefügt oder Informationen weggelassen?

→ Wie bewerten Sie den Umgang der Ärzte mit den Beurteilungen der Patientinnen?

→ Wie würden Sie mit solchen Patientenbeurteilungen umgehen?

4.5.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 4: „Es gibt keinen Marker für Brustkrebs“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin

```
447  E:  <<p> gut.>
448      (1.3)
449  P:  (xxx xxx) (räuspert sich) ich kann das
         irgendwie nich sO (.) so beGREIfen,
450  E:  schätzchen [da IS   ] nicht viel dran zu begreifen;
451  P:             [wir HAM,]
452  E:  DAS is,
453  A:  inwiefern beGREIfen,
454      (1.0)
455  P:  wir HAM-
456  E:  also die MARker warn alle sozusagen im (.)
         [Unauffälligen bereich;]
457  A:  [es (.) GIBT keinen    ] marker für brustkrebs.
458      (3.1)
459  P:  nee,
460  A:  nee.
461      (1.6) GIBT_S nich;
462      (---) Überhaupt nich;
463      (1.3)
464  E:  und WOzu werden die dinger dann erhoben?
465      seit weiß ICH,
466      seit der geschichte mit der mit der LINken brust,
467      [bei JEder untersuchung,  ]
468  A:  [also BRUSTkrebsmarker we-]
469      WIR bestimmen keine.
470  E:  [nee,]
471  A:  [wenn] die AUßen bestimmt werden,
472      ist das was GANZ anderes;
473      wir bestimmen !KEI!ne marker.
474  E:  hm_HM,
475  A:  wir bestimmen [Überhaupt keine marker;]
476  E:                [ich hab NÄMlich-       ]
477      sie ham jetzt die die AKte doch (xxx) da,
478  A:  ja,
479  E:  da müsste eigentlich der zettel DRIN sein,
480      ich hab das extra RAUSgesucht da bei den befunden;
481  A:  ja,
482  E:  ä::hm,
483      und das war so ne (-) so ne (.) REIhe die war hIEr,
484      (-) UNauffällig von zweitausenddrei an,
485      (1.1)
486  A:  DES ist jetzt kein-
487      (1.0) EIgentlicher brustkrebs[marker,]
488  E:                               [hm_HM, ]
489  A:  da gab_s n_anderen FRÜher mal,
490      °hh des is son ALLgemeiner-
491  P:  (hustet)
492  A:  MARker [fü::r;]
493  E:         [hm_HM;]
494  A:  der kann aber auch bei DARM[krebs;]
495  E:                             [ja_JA,]
496  A:  oder SONST irgendwas erhöht sein,[=Aber-   ]
```

```
497  E:                                    [<<p> ja,>]
498  A:  (.) für BRUSTkrebs ist der nich;
499      (-) GAR nich,
500  E:  [nich speZIfisch,]
501  A:  [Überhaupt nicht;]
502      GAR nicht spezifisch.
503      <<p> null (xxx xxx xxx),>
504      (7.3)
```

4.5.2 Analyse A

Zeilen 447-463

Nachdem die Patientin ein unspezifisches Unverständnis zum Ausdruck gebracht und der Arzt eine Klarifzierung eingefordert hat, übernimmt der Ehemann das Rederecht und weist darauf hin, dass die Marker, die im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen erhoben wurden, im unauffälligen Bereich waren. Der Arzt gibt daraufhin direkt zu verstehen: „[es (.) GIBT keinen] marker für brustkrebs.“ (Z. 457) und wiederholt die Negierung mehrfach (Z. 461-463).

Erläuterungen

Mit der Aussage, dass es keine Marker für Brustkrebs gibt, stellt der Arzt die Aussage des Ehemanns infrage. Die 3,1-sekündige Pause (Z. 458) zeigt, dass diese Mitteilung die Patientin und ihren Ehemann zunächst sprachlos macht. Dies bestätigt sich durch die Nachfrage der Patientin (erkennbar an der leicht steigenden Tonhöhe am Ende von Z. 459: „nee,“). Die wiederholten Verneinungen des Arztes (Z. 461-463) tragen nicht zum besseren Verständnis seitens Patientin und Ehemann bei. Sie wissen zwar nun, dass es laut dem Arzt keine Marker für Brustkrebs gibt, dies ist für sie angesichts der regelmäßigen Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen aber völlig unverständlich. Besser wäre es von Seiten des Arztes, direkt mit weiteren Erläuterungen bzw. Nachfragen fortzufahren, um Patientin und Ehemann ‚abzuholen‘.

Zeilen 464-476

In seiner Reaktion erkundigt sich der Ehemann, warum dann überhaupt Marker erhoben wurden, woraufhin der Arzt erläutert, dass dies in dieser Klinik nicht geschieht und höchstens außerhalb erfolgt.

Erläuterungen

Der Arzt lässt hier offen, weswegen in der Klinik nicht mit diesen Markern gearbeitet wird, andernorts offensichtlich aber doch. Dies dürfte für die Betroffenen jedoch von primärem Interesse sein. Für PatientInnen ist es wichtig, sich auf Emp-

fehlungen von ÄrztInnen, gerade auch hinsichtlich der Vorsorge, verlassen zu können. Die Aussagen des Arztes bezüglich der Brustkrebsmarker führen zu einem Unverständnis und Zweifeln hinsichtlich der durchgeführten Vorsorge, worauf von Seiten des Arztes allerdings nicht weiter eingegangen wird. Es wäre sinnvoll zu erläutern, welche Arten von (Brust-)Krebsmarkererhebungen es gibt, inwieweit sich diese unterscheiden bzw. was für eine Aussagekraft sie haben und woran es liegt, dass sie nicht überall durchgeführt werden.

Zeilen 477-485

Der Ehemann der Patientin weist den Arzt auf die Befunde zu den entsprechenden Markern, die er extra herausgesucht hat, hin und erklärt, dass sie seit 2003 unauffällig waren.

Erläuterungen

In dieser Fortführung der Thematik unter Bezug auf die vorliegenden medizinischen Befunde äußert sich, dass der Ehemann die ärztlichen Ausführungen nicht für befriedigend befindet und konkretere Erläuterungen zu ebendiesen Untersuchungsergebnissen einfordert.

Zeilen 486-504

Der Arzt erklärt, dass es sich bei den erhobenen Werten nicht um Brustkrebsmarker handelt, erwähnt jedoch, dass es vor einiger Zeit einen anderen Brustkrebsmarker gegeben hat. Die Marker, die bei der Patientin erhoben wurden, zählt er zu allgemeinen Markern, welche z.B. auch bei anderen Krebsarten erhöht sein können. In Z. 500 ergänzt der Ehemann kollaborativ die Aussage des Arztes („nich speZIfisch,“) und zeigt damit an, dass er verstanden hat, dass die erhobenen Werte nicht speziell mit Brustkrebs zu tun haben.

Erläuterungen

Auf die Erklärungen des Arztes reagiert der Ehemann zunächst mit minimalen Reaktionen (Z. 488, 493), dann mit (leiser) Zustimmung (Z. 495, 497). Die 7,3-sekündige Pause (Z. 504) zeigt die erneute ‚Sprachlosigkeit‘ von Patientin und Ehemann an. Obwohl der Arzt ansetzt, die Problematik einzuordnen (*1.* Der erhobene Marker ist allgemein und *2*. Der erhobene Marker ist nicht spezifisch für Brustkrebs) fehlt die Klärung, warum die Patientin zuvor scheinbar nie darüber informiert wurde, sondern immer davon ausgegangen ist, dass es sich um die Erhebung von Brustkrebsmarkern handelt. Der Arzt hätte versuchen können, individueller auf die Patientin und die erhobenen Marker einzugehen und durch Informationen und Erklärungen klarzustellen, warum diese nicht zu einer früheren Erkennung

des Tumors geführt haben. So steht die Patientin vor der Frage, warum jahrelang ‚unnütze' Werte erhoben wurden, wer ggf. dafür verantwortlich ist und ob es möglicherweise andere Vorsorgeverfahren gegeben hätte, die sinnvoller gewesen wären.

4.5.3 Transkript B

Transkriptausschnitt 5: „Vorsorge schützt einen nicht davor, was zu bekommen.“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
P:    also was ich Überhaupt net versteh,
      ich mach !AL!le vorsorgeuntersuchunge,
      und !JE!des jahr,
      und jetzt SO;
A:    (.) °hh also VORsorge,
      schützt einen NICHT davor,
      was zu beKOMmen;
      (.) das MUSS ma einfach sagen.
      °hh und brustkrebs KANN man erst=,
      =ab ner gewissen (.) GRÖße erkennen,
      [SELber taste,]
P:    [hm_HM;=ja,   ]
      ja,
A:    [oder WIE auch immer fühlen,]
P:    [JA ja ja ja,               ]
A:    °h und von DAher ist es einfach so.
P:    °h ich war au äh zweitausendDREIzehn war ich zur
      [mammographie,  ]
A:    [<<hoch> hm_HM?>]
P:    des hat sie mir ja geSAGT die [ärztin,]
A:                                  [ja,    ]
      in ZWEI [jahre wächst sowas,]
P:            [ja_JA,             ]
A:    [naTÜRlich,]
P:    [(xxx),=ja;]
A:    [das GIBT_S einfach,      ]
P:    [°h und im letschten jahr ]hab ich aber dann beOBachtet,
      dass die (-) BRUSCHTwarze [nach innen zieht, ]
A:                              [zusammen EINzieht,]
P:    [°h das °h] habe gedacht na GUT,
A:    [GEnau,   ]
      das is_n DEUTliches zeichen;
```

4.5.4 Analyse B

Zeilen 360-367

Die Patientin erklärt, dass sie regelmäßig zur Krebsvorsorge gegangen ist und sie nicht versteht, warum sie trotzdem an Krebs erkrankt ist. Der Arzt erklärt ihr, dass Vorsorge keinen Schutz vor der Erkrankung gewährleistet.

Erläuterungen

Die Prosodie der Patientin zeigt die Relevanz des Themas für sie, denn sie betont mit einem extra starken Fokusakzent, dass sie regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gegangen ist (Z. 361-362).

Zeilen 368-375

Der Arzt erläutert der Patientin, dass man Brustkrebs erst ab einer gewissen Größe erkennen bzw. selbst ertasten kann.

Erläuterungen

Der Arzt gibt der Patientin eine Erklärung an die Hand, die ihr dabei hilft, zu verstehen, warum die Krebserkrankung bei der Vorsorge nicht erkannt wurde. Er bezieht sich dabei auf die Größe bzw. Tastbarkeit des Brustkrebses (Z. 368-370). Nach minimalen Rückmeldungen der Patientin (Z. 371-372) resümiert der Arzt „°h und von DAher ist es einfach so.“ (Z. 375) wodurch er verdeutlicht, dass es sich um ein nicht vermeidbares Schicksal der Patientin handelt. Dadurch wird diese auch von einer möglicherweise empfundenen (Mit-)Schuld entlastet. Während der Arzt in *Transkriptausschnitt 4* lediglich die mangelnde Aussagekraft der Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen verdeutlicht und keine weitreichenden Erklärungen dafür liefert, geht der Arzt in *Transkriptausschnitt 5* genauer darauf ein, warum es trotz Vorsorge zu einer Krebserkrankung kommen konnte.

Zeilen 376-390

Die Patientin fährt mit der Darstellung ihrer Untersuchungshistorie fort, woraufhin der Arzt erklärt, dass Krebs relativ schnell im Zeitraum zwischen der letzten Vorsorgeuntersuchung und der Feststellung der Krankheit entstehen kann.

Erläuterungen

Mit der Wachstumsgeschwindigkeit liefert der Arzt einen weiteren relevanten Aspekt, der ersichtlich macht, warum zum Zeitpunkt der letzten Vorsorgeuntersuchung nichts festgestellt werden konnte.

4.5.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsvorschläge

Vorsorgeuntersuchungen;
Kritische Beurteilungen der Vorsorgeuntersuchungen von PatientInnen

PatientInnen wiegen sich durch Vorsorgeuntersuchungen in Sicherheit und sind dann schockiert, wenn sie dennoch an Krebs erkranken. Dies kann zu kritischen Beurteilungen der Vorsorgeuntersuchungen führen sowie ggf. zu Schuldzuweisungen. Sie können nicht nachvollziehen, wie es trotz Vorsorgeuntersuchungen zu der Diagnose kommen konnte.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen Verständnis und Mitgefühl zeigen
- PatientInnen verdeutlichen, dass Vorsorgeuntersuchungen keinen Schutz vor Krebserkrankungen bieten
- Funktionen von Vorsorgeuntersuchungen klarer erläutern, Möglichkeiten und Grenzen aufzeigen
- PatientInnen erläutern, wie die in Vorsorgeuntersuchungen erhobenen Werte zu verstehen sind
- Verdeutlichen, welche Möglichkeiten der Vorsorge es gibt und inwieweit sich Vorsorgeuntersuchungen unterscheiden

Brustkrebsmarker

PatientInnen verlassen sich darauf, dass sie im Bereich der Krebsvorsorge von den jeweiligen ÄrztInnen umfassend beraten und aufgeklärt werden. Es wird problematisch, wenn sie nicht wissen, welche verschiedenen (Brust-)Krebsmarker erhoben werden können, welche Bedeutung diese haben und wie aussagekräftig sie sind. Möglicherweise wiegen sie sich dadurch zu sehr in einer Sicherheit, die aber durch die Markererhebungen gar nicht besteht.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen die verschiedenen Möglichkeiten, Bedeutungen und Aussagekraft bei der Erhebung von Krebsmarkern erklären
- Unterschiedliche Marker und deren Funktionen differenzieren
- Erläutern, dass diese Art der Vorsorge keinen Schutz davor bietet, erneut an Krebs zu erkranken

Schuld

PatientInnen sind von einer Krebsdiagnose schockiert und häufig quält sie die Frage nach der Schuld. Sie möchten wissen, ob die Erkrankung hätte verhindert werden können, zum einen in Bezug auf institutionelle Vorsorgeuntersuchungen, zum anderen suchen viele PatientInnen aber auch die Schuld bei sich selbst. Diese Schuldgefühle können belasten und zu Problemen führen.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen entlasten, indem die Schicksalhaftigkeit von Erkrankungen direkt angesprochen wird
- Bei Thematisierungen der Schuldfrage durch PatientInnen Verständnis zeigen und erklären, warum die Schuld nicht bei den PatientInnen liegt
- Bei Thematisierungen möglicher institutioneller Schuldzuweisungen zuhören, Schilderungen nachvollziehen, ggf. anbieten, Vorgänge zu überprüfen und Verständnis zeigen

4.6 Modul 4: Umgang mit organisatorischen Fragen: Ein Vergleich

▶ Analytischer Fokus

In den folgenden beiden Transkriptausschnitten geht es um den Umgang mit organisatorischen Fragen in Zusammenhang mit der Therapieplanung. Es soll untersucht werden, welche logistische Planung die PatientInnen bei einer Therapieplanung beschäftigt und inwieweit die ÄrztInnen bei dieser Planung unterstützen können. Außerdem soll gezeigt werden, inwieweit Formulare, Bescheinigungen und andere Dokumente eine Rolle in der Therapieplanung spielen, die für PatientInnen erläuterungsbedürftig sind, während sie für die ÄrztInnen zur Routine gehören und logisch erscheinen.

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 6: Der Arzt resümiert zunächst die Vorgeschichte einer 70-Jährigen Patientin, die seit einigen Tagen mit Verdacht auf Leukämie stationär im Klinikum ist. Dieser Verdacht wird ihr vom Arzt im Gespräch bestätigt. Der Arzt erklärt, dass es sich jedoch um eine günstige chronische Leukämie mit guten Behandlungsmöglichkeiten handelt und erläutert den Ursprung der Krankheit, eine Erbgutveränderung, die im Körper der Patientin ‚einfach so' stattgefunden hat. Geplant ist eine Tablettentherapie. Der Arzt bietet der Patientin die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie für ihre Erkrankung an und teilt ihr mit, dass sie am nächsten Tag entlassen werden kann. Alles Weitere zur Therapie soll im Gespräch mit dem Studienarzt erläutert werden. Der Ausschnitt setzt ein in Min. 11:22 von 19:10.

Transkriptausschnitt 7: Eine 64-Jährige Patientin, die in Begleitung ihrer Tochter beim Aufklärungsgespräch ist, erfährt nach der Begutachtung der Brust vom Arzt die Diagnose Brustkrebs. Der Arzt sagt ihr, dass die Eigenschaften des Tumors gut seien. Die vorgesehene Therapiemaßnahme ist eine Operation, die terminiert wird. Der Arzt erläutert den genauen Ablauf der Operation und der dazugehörigen Vorbereitungen. Außerdem sind weitere Therapiemaßnahmen wie Bestrahlung und Antihormontherapie geplant. Der Ausschnitt setzt ein in Min. 03:12 von 09:23.

▶ Leitfragen für die Analyse

Transkriptausschnitt 6

→ Welches Anliegen hat die Patientin und wie reagiert der Arzt darauf?

→ Warum kommt es in Z. 502 zu einer erneuten Nachfrage der Patientin?

Transkriptausschnitt 7

→ Wie bewerten Sie den Informationsumfang der Erklärung des Arztes?

→ Warum spezifiziert er seine Erklärung in Z. 155?

Vergleich

→ Worin unterscheiden sich die Gesprächsausschnitte sowohl hinsichtlich des Verhaltens der Patientinnen als auch der Ärzte?

→ Wie bewerten Sie diese Unterschiede?

4.6.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 6: „weil ich ja so Rückenschmerzen immer hab“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
A:  [°hh die behandlung ist eine AMbulante behandlung; ]
    [(Telefonklingeln im Hintergrund)                  ]
A:  (--)
P:  hm_HM;
A:  [u:nd WENN sie an dieser,        ]
    [(Telefonklingeln im Hintergrund)]
A:  STUdie teilnehmen,
    würde das SCHON bedeuten,
    dass sie die therapie bei UNS kriegen;
    ((Frauenstimme im Hintergrund))
A:  ja?
P:  also dann müsst ich IMmer quasi hierher kommen,
A:  (--) aber sie wOhnen nochmal WO?
P:  ((anonymisiert)) (--) und vor allem jetzt bei_beim beim
    LAUfen (wenn dann) mit_n auto kommt,
    (1.1) und [weil ich ja so RÜckenschmerzen] eben hab,
A:            [also was KLAR ist,            ]
    DIEse behandlung (.) kann (.) frau doktor ((anonymisiert))
    [nicht machen;]
P:  [NICHT machen;]
A:  (.) sie MÜSsen,
    s_also so is es SCHON,
    es is eine leukäMIE-
    °h sie müssen bei einem KREBSspezialisten behandelt werden;
    da GIBT es,
    außer UNS,
    (2.0) noch das ((anonymisierte Klinik)),
    (---) ja,
    (---) °h ich SAG_S ihnen nur;
    (--) in ((anonymisierter Ort)) gibt es da NIEmanden;
```

[ca. 03:30 Min.: Der Arzt verweist auf die freie Arztwahl und die Möglichkeit, eine zweite Meinung einzuholen. Die Patientin möchte einen geplanten Urlaub wahrnehmen. Laut dem Arzt ist es noch unklar, ob sie diesen wahrnehmen kann; er empfiehlt, die Behandlung zu beginnen und bespricht die weiteren Schritte (Entlassung am Folgetag, weiteres Beratungsgespräch mit Studienarzt) mit ihr. Der Arzt weist darauf hin, dass die Studienteilnahme der Patientin eine ambulante Behandlung bedeuten würde, sodass sie zur Behandlung jeweils zur Klinik kommen müsste.]

```
P:  aber es besteht KEIne möglichkeit dass ich mit_m auto
    reinfahren könnte,
A:  (.) [wieSO nich?]
P:      [e_eben     ] wegen der laufeREI,
    (--) weil ich (.) SO schlecht laufen kann,
    [wegen meinem RÜcken.  ]
A:  [nein sie komm sie komm] mit dem TAxi her,
    und lassen sich hier AB äh,
    (--) SETZen;
    [na LOgisch,          ]
P:  [ja das sind jeden mal] achtzehn EUro;
A:  (--) es KANN sein dass sie da nichts zahlen müssen;
    (--) dass sie da beFREIT werden;
```

4.6.2 Analyse A

Zeilen 371-387

Die Patientin betont, dass sie aufgrund körperlicher Beschwerden Schwierigkeiten hätte, zur ambulanten Behandlung zu kommen. Der Arzt geht darauf ein, indem er betont, dass die Behandlung in jedem Fall von einem „KREBSspezialisten“ (Z. 381) durchgeführt werden muss und nennt diesbezüglich neben dieser auch eine andere potenzielle Klinik in der Umgebung.

Erläuterungen

Die geäußerten Bedenken der Patientin betreffen die Anfahrt zur Therapie aufgrund körperlicher Probleme. Der Arzt sieht darin primär eine Frage nach Möglichkeiten einer Behandlungsdurchführung näher am Wohnort. Diese scheint aufgrund der Lage spezialisierter Kliniken jedoch nicht gegeben. Entsprechend bestehen die Sorgen der Patientin weiterhin. Auf das Anfahrtprozedere seiner Klinik geht der Arzt nicht ein. Wie sich im Weiteren zeigt, hätte eine diesbezügliche Klärung an diesem Punkt dem Wiederaufkommen der Thematik vorbeugen können.

Zeilen 502-513

Die Patientin spricht ein weiteres Mal die Möglichkeit der Anfahrt mit dem Auto und ihre Rückenschmerzen an, woraufhin der Arzt sie darüber informiert, dass die Anfahrt mit dem Taxi erfolgt. Im Weiteren wird über die Kostenübernahme gesprochen.

Erläuterungen

Die erneute Thematisierung der Anfahrt mit dem Auto zeigt, dass es der Patientin nicht in erster Linie (bzw. nicht ausschließlich) um den Durchführungsort der Therapie per se geht, sondern um den Transport. Die überraschte Nachfrage des Arztes („wieSO nicht?“, Z. 503) signalisiert, dass er diesen Punkt nicht für erläuterungsbedürftig gehalten hat. Ähnlich verhält es sich mit seinem „na LOgisch,“ (Z. 510) in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme eines Taxis. Dass für die Patientin vor allem auch die Kostenfrage im Vordergrund steht, tritt ebenfalls erst an dieser Stelle zu Tage. Entsprechend zeigt sich, dass es wichtig ist, auch im weiteren Sinne organisatorische Vorgänge der Behandlung, die ÄrztInnen aufgrund ihrer Routine selbstverständlich erscheinen, genauer zu erklären, da PatientInnen mit diesen Abläufen nicht vertraut sind. Zudem ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich zu berücksichtigen, inwieweit der gesundheitliche Zustand der PatientInnen zu Einschränkungen führt, um so potenzielle Sorgen und Bedenken auf Patientenseite zu antizipieren.

4.6.3 Transkript B

Transkriptausschnitt 7: „Sie kriegen da aber so nen Taxischein“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, T: Tochter der Patientin

```
148 A:     also das WÄre mal das so.=
149        =was so (.) geplant WÄre;
150        bestrahlung geht dann ungefähr so vier wochen NACH der opE
           los,
151        ((schnalzt)) geht sieben wochen JEden tag.
152        (---)
153  T:    [JEden tag,]
154  P:    [JEden tag,]
155  A:    JEden tag von montag bis freitag;
156        °h sie kriegen da aber so ne (.) ä:hm (-) TAxischein je
           nachdem,
157  T:    [((lacht))       ]
158  A:    [ja;=dass sie mit]dem TAxi hin und [her] gebracht werden,
159  T:                                      [ja,]
160  A:    (.) °h ä:h das regeln DIE dann in der [strah]lentherapie;
161  T:                                         [ja;  ]
162  A:    die machen so ne beSCHEInigung für die krankenkasse und so
           weiter;
163  P:    KANN (xxx) auch [allein,  ]
164  T:                   [ich wollt] GRAD sagen,
165        kann man auch diese beSTRAHlung,
166        (---) woANders dann machen lassen?
167        wo bei uns NÄher is?
168  A:    WENN des geht,
169        wenn sie was FINden,
```

4.6.4 Analyse B

Zeilen 148-162

Der Arzt erklärt der Patientin, dass die geplante Bestrahlung sieben Wochen lang jeden Tag stattfindet (Z. 148-155). Er erklärt auf eigene Initiative, dass die Patientin einen Taxischein bekommt, um zu den Bestrahlungen zu fahren (Z. 156-159). Der Arzt verweist darauf, dass seine Kollegen in der Strahlentherapie diese Dinge regeln (Z. 160). Außerdem bekommt die Patientin eine Bescheinigung für die Krankenkasse (Z. 162).

Erläuterungen

Die Eigeninitiative des Arztes, die Möglichkeit eines Taxischeins für die Anfahrt zu den Bestrahlungen zu bekommen, ist positiv zu bewerten. Dadurch werden der Patientin mögliche Sorgen bzw. Fragen vorweggenommen. Auch der Hinweis darauf, wer welche Bescheinigungen diesbezüglich ausstellt, kann eine Erleichte-

rung für die Patientin darstellen, da sie so bereits mit der Vorgehensweise vertraut gemacht wird und weiß, wer jeweils ihr Ansprechpartner ist. Im Vergleich zu *Transkript 6* werden organisatorische und logistische Aspekte der Therapie, die für den Arzt Routine, aber für die Patientin neu sind, selbst-initiiert vom Arzt angesprochen. Dadurch ist die Patientin bestens informiert und auf die kommenden Schritte vorbereitet. Hinzu kommt, dass in *Transkript 6* durch die wiederholte Anbringung des Themas seitens der Patientin mehr Zeit benötigt wird, als dies in *Transkript 7* der Fall ist.

4.6.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen:

Körperliche Einschränkungen

Für PatientInnen können körperliche Beeinträchtigungen eine Erschwerung der Therapiemaßnahmen bedeuten.

Handlungsempfehlungen

- Auf Nennung möglicher körperlicher Einschränkungen durch PatientInnen oder durch Arztbriefe achten und im Gespräch ggf. bewusst ansprechen
- PatientInnen ggf. danach fragen, ob/wie sie zur Therapie kommen können, v.a. bei ambulanten Therapien. Bei möglichen (körperlichen) Einschränkungen nach Lösungen suchen

Anfahrt zur Therapie

Ambulante Krebstherapien finden häufig mehrmals in der Woche und über einen längeren Zeitraum statt. Für PatientInnen ist das eine Belastung, da sie regelmäßig zu den Therapien an- und abreisen und sie in ihren Tagesablauf integrieren müssen. Dabei ist es für sie nicht nur eine Frage der zeitlichen Organisation des Tagesablaufs, sondern auch eine Frage des Transportmittels sowie der Kosten. Ein weiterer Aspekt ist, dass PatientInnen häufig in größere Krankenhäuser bzw. spezialisierte Zentren kommen, die aber möglicherweise relativ weit von ihrem Wohnort entfernt sind. Daraus ergibt sich das Problem, bei ambulanten Behandlungen regelmäßig den möglicherweise weiten Weg zum Klinikum auf sich zu nehmen. ÄrztInnen sollten diese Thematik ansprechen, da sie für PatientInnen ggf. eine Belastung bei der Anfahrt zu einer ambulanten Therapie darstellen kann.

Handlungsempfehlungen

- Bewusst die Anfahrt zur ambulanten Therapie thematisieren und bei PatientInnen nachhaken:
  - Gibt es Anliegen der PatientInnen, die bei der organisatorischen Planung der ambulanten Therapie berücksichtigt werden sollten?
  - Mit welchem Verkehrsmittel planen die PatientInnen, zur Therapie zu kommen? Gibt es ggf. Schwierigkeiten bei der Planung der Anfahrt?
- Die Möglichkeit eines Taxischeins sowie der Kostenübernahme durch die Krankenkasse direkt bei den PatientInnen ansprechen
- Sollte der Wohnort der PatientInnen in größerer Entfernung liegen, dies direkt ansprechen und ggf. weitere Spezialisten in der Nähe nennen

4.7 Abschlussreflexion

→ Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?

→ Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation?

→ Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

5 Einheit 4: Vertrauen, Misstrauen und ‚zweite Meinung'

5.1 Einstiegsfragen

→ Inwiefern spielen Vertrauen und Misstrauen in Arzt-Patienten-Gesprächen generell und in Aufklärungsgesprächen im Besonderen eine Rolle?

→ Wie kann das Vertrauen der PatientInnen in die Diagnose und vorgeschlagene Therapie gestärkt werden?

→ Wie gehen Sie mit dem Wunsch von PatientInnen nach einer ‚zweiten Meinung' um?

→ Wo sehen Sie potenzielle Probleme beim Thema der ‚zweiten Meinung'?

5.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit

Dass es in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nicht nur um sachbezogene Fragen geht, sondern auch um emotionale Aspekte, ist jedem klar: Gerade bei der Diagnose Krebs muss man in besonderer Weise mit Ängsten der PatientInnen umgehen: Ist die Diagnose korrekt? Ist der Therapieplan der bestmögliche und entspricht er dem aktuellen Stand der Wissenschaft? Welche Nebenwirkungen sind zu erwarten? Wie sind die Heilungschancen? Fast alle dieser Ängste betreffen dabei in unterschiedlichem Maß Vertrauen (bzw. Misstrauen) in die Institution Klinik. Eng mit Ver- und Misstrauen verbunden ist dabei auch das Thema einer ‚zweiten Meinung', wobei letztere aus Patientensicht nicht lediglich die „zweite ärztliche Beurteilung einer Diagnose und der damit verbundenen Therapiemöglichkeiten nach aktuellen medizinischen Erkenntnissen" (*Pschyrembel Online*) umfasst, sondern auch zum Teil nur wenig fundierte zweite Meinungen von Bekannten, aus Ratgeberliteratur oder aus dem Internet.

Beide Aspekte, sowohl die fundierten Zweitmeinungen als auch die informellen ‚zweiten' Meinungen beispielsweise aus Foren oder Homepages werden in den Arzt-Patient-Gesprächen zum Thema. Dabei zeigt sich, dass vor allem PatientInnen den Wunsch, eine professionelle Zweitmeinung einzuholen, als potenzielle Misstrauensbekundung ansehen – während dies aus Sicht der ÄrztInnen dagegen weitgehend problemlos ist.

In Bezug auf die Recherchen, die PatientInnen selbst durchführen, ist es für ÄrztInnen sinnvoll, aktiv das Wissen der PatientInnen zu überprüfen, das diese schon vorab durch ‚informelle Zweitmeinungen' eingeholt haben, um Fehlinformationen und Missverständnissen vorzubeugen. Es bietet sich an, im Gespräch zu fragen, ob sich der Patient/die Patientin beispielsweise über das Internet oder über Ratgeber bereits informiert hat, sodass darauf aufbauend dann auf entspre-

chende potenzielle Fehlinformationen (z.B. alternative, aber in diesem Fall schädliche, Behandlungsmethoden) eingegangen werden kann. Nur durch das Ernstnehmen des – mehr oder weniger fundierten – Vorwissens der PatientInnen kann Vertrauen aufgebaut werden.

Was ist Vertrauen?

Vertrauen ist in allen institutionellen Kommunikationssituationen, und ganz besonders in der Arzt-Patienten-Kommunikation, eine notwendige Grundbedingung für gelingende Kommunikation. Nach Luhmann (1973) handelt es sich bei Vertrauen um eine Maßnahme der Komplexitätsreduktion, und institutionelle Prozesse (wie z.B. in einem Krankenhaus) sind für Außenstehende (also beispielsweise für PatientInnen) extrem komplex: Die Institution Klinik besteht aus einer Menge an ExpertInnen aus der Radiologie, Pathologie, Chirurgie, Onkologie etc., die nur im Zusammenschluss und auf der Basis ihrer langjährigen Ausbildung sowie Berufserfahrung überhaupt in der Lage sind, eine Krankheit adäquat zu erkennen, einzuschätzen und zu behandeln. PatientInnen verfügen nicht über dieses Wissen. Nur wenn sie Vertrauen in die Institution haben, können sie diese Handlungskomplexität reduzieren, indem sie die Therapie durchführen und sich auf die prognostizierte Wirkung verlassen.

Weiterführende Literatur

→ Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Ehlich, Konrad / Armin Koerfer / Angelika Redder / Rüdiger Weingarten (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27-65.

→ Imo, Wolfgang (2017): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 67, 25-49.

5.3 Modul 1: Die ‚zweite Meinung' als heikles Thema

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einem Patienten, der die Diagnose einer chronischen myeloischen Leukämie erhalten hat. Neben Arzt und Patient ist auch der Vater des Patienten anwesend. Da der Patient noch relativ jung ist (21 Jahre), übernimmt dessen Vater den Hauptteil der Interaktion. Ganz am Ende des Gesprächs thematisiert er sein Bedürfnis, eventuell eine Zweitmeinung einholen zu wollen.

▶ Analytischer Fokus

An dem Transkriptausschnitt soll aufgezeigt werden, dass PatientInnen sich oft unsicher darüber sind, wie sie ihren Wunsch nach einer Zweitmeinung anbringen sollen und ob das nicht als ein Affront gegenüber dem Arzt/der Ärztin wahrgenommen werden könnte.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Woran merkt man, dass das Thema *zweite Meinung* für den Patienten ein heikles ist?

→ Was könnten die Gründe dafür sein?

→ Wie reagiert der Arzt auf das Thema?

5.3.1 Transkript

Transkriptausschnitt 1: „nicht dass ich jetzt da missTRAUen würde oder so“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, V: Vater des Patienten

```
1314  V:  ähm Eine frage hätt ICH jetzt noch;
1315  A:  JA,
1316  V:  ähm (1.0) nicht dass ich jetzt da MISStrauen würde oder so,
1317      aber (-) es ist ja grundsätzlich auch so eine frage
          ZWEITmeinung=
1318      =KLAR das is (-) erst sicher dann sinnvoll nAch bekanntgabe
          der Endgültigen befUnde;
1319  A:  würde [ich so SEhen] ja.
1320  V:        [keine FRAge ].
1321      ähm (2.0) s_stehen sie dem [OFfen gegenüber],
1322  A:                             [ICH also-      ]
1323  V:  oder sagen sie da ne (-) warum SOLL das;
1324      das ist doch alles ganz KLAR ähm;
1325  A:  nein GUT dass sie es ansprechen,
1326      wir stehen dem SEHR offen gegenüber_ne,
1327      also das befÜrworten wir akTIV-
1328      und das machen sie wenn sie das bedürfnis haben UNbedingt.
1329      sie kriegen da von uns (--) auch alle UNterlagen die sie
1330      brauchen um diese zweitmeinung EInzuholen;_ne;
1331      ähm und das macht schon SINN;
1332      find ich SCHON wenn sie das bedürfnis haben machen sie
          das_ne,
1333  V:  GUT.
```

5.3.2 Analyse

Zeilen 1314-1318

Der Vater des Patienten äußert (sehr implizit) seinen Wunsch nach der Einholung einer zweiten Meinung.

Erläuterungen

Dass diese eigentlich ganz unproblematisch erscheinende Frage von dem Vater des Patienten von ihm selbst alles andere als unproblematisch wahrgenommen wird, merkt man an dem sprachlichen Aufwand, der betrieben wird: Zunächst wird in Z. 1314 mit „EIne frage hätt ich jetzt noch“ eine Ankündigungsfloskel geäußert. Solche Floskeln werden oft zur Ankündigung heikler Themen verwendet. In Z. 1316 legt der Vater dar, worin er das Problem sieht: Er betrachtet sein Anliegen als eines, das als Misstrauensbekundung ausgelegt werden könnte. In der nächsten Zeile nennt er sein Anliegen, das Einholen der zweiten Meinung, das er durch „grundsätzlich“ aus seiner persönlichen Verankerung löst und als Standard-

frage in dieser Situation darstellt – sie also nicht als Misstrauensbekundung, sondern als erwartbaren Gesprächsschritt bezeichnet. Schließlich rudert er direkt wieder zurück und gibt dem Arzt sozusagen die Vorlage, das Thema auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Lediglich dieser letzte Teil hat die Form einer Äußerung, auf die man klar antworten kann („das is erst sicher dann sinnvoll nAch der bekanntgabe der Endgültigen befUnde“; Z. 1317).

Zeilen 1319

Der Arzt reagiert auf den einzigen Teil des Redezugs des Vaters, der eine klare Antwort zulässt, nämlich auf die zuletzt gestellte, nach Bestätigung heischende Feststellung, dass eine zweite Meinung erst nach den endgültigen Befunden sinnvoll ist.

Erläuterungen

Für den Vater ist unklar, ob für den Arzt nun tatsächlich das Thema ‚erledigt‘ ist, d.h. ob er das Reden über eine zweite Meinung auf später verschieben möchte, oder ob er gar nicht darüber reden will.

Zeilen 1320-1324

Der Vater hält an seinem Thema, der zweiten Meinung, fest, und stellt nun eine eindeutige Frage.

Erläuterungen

Zunächst stimmt der Vater der Einschätzung des Arztes, dass der Termin noch zu früh sei, kompromisslos zu („keine FRAge“; Z. 1320). Dann, eingeleitet durch ein Formulierungsprobleme anzeigendes Zögerungssignal („ähm“; Z. 1321), stellt er die Frage nach einer Zweitmeinung, die ebenfalls wieder in einer sehr vorsichtigen Art und Weise formuliert ist: Er gibt dem Arzt sowohl die Option, zuzustimmen („s_stehen sie dem OFfen gegenüber,“; Z. 1321) als auch abzulehnen („oder sagen sie da ne warum SOLL das; das ist doch alles ganz KLAR ähm“; Z. 1323-1324).

Zeilen 1325-1333

Der Arzt beantwortet nun die Frage des Vaters ausführlich.

Erläuterungen

Der Arzt stellt klar, dass die Befürchtung des Vaters, dass die Frage als Misstrauensbekundung aufgefasst werden könnte, nicht begründet ist. In mehrfachen Reformulierungen betont er, dass er und die Klinik nicht nur offen gegenüber der

Einholung von Zweitmeinungen sind, sondern auch dem Vater aktiv dabei zur Seite stehen. In Z. 1329-1330 geht er dann auf den technischen Aspekt ein (alle Unterlagen werden bereitgestellt). Schließlich wird zunächst eine sehr positive Einschätzung des Wunsches nach einer Zweitmeinung geliefert („und das macht schon SINN"; Z. 1331), die aber insofern missverständlich sein könnte, als der Vater sie so interpretieren könnte, als ob eine Zweitmeinung ein anderes Ergebnis erbringen könnte. In Z. 1332 präzisiert der Arzt daher den Sinn der Zweitmeinung dahingehend, dass diese eher für die Beruhigung des Vaters relevant sei („wenn sie das bedürfnis haben machen sie das_ne"; Z. 1328). Der Vater zeigt mit „GUT" (Z. 1334), dass seine Frage zu seiner Zufriedenheit beantwortet wurde.

5.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Das Ansprechen des Wunsches nach einer Zweitmeinung als kommunikatives Problem für PatientInnen

Das Thema der Zweitmeinung ist für PatientInnen insofern ‚heikel', als sie davon ausgehen, dass der Wunsch einer externen Meinung als eine Misstrauensbekundung ausgelegt werden kann. Die Unsicherheit äußert sich entsprechend in der ‚umständlichen' Anmoderation dieses Themas und der parallelen Beschwichtigungsversuche.

Handlungsempfehlungen

- Als Arzt/Ärztin sollte man den PatientInnen entgegenkommen und entweder sogar von selbst das Thema ansprechen (mit Fragen wie „Überlegen Sie noch, ob Sie eine Zweitmeinung einholen wollen?"; vgl. die Ausschnitte in Einheit 2 unten) oder bei ‚verklausulierten' Thematisierungen der Zweitmeinung durch PatientInnen direkt auf das Thema eingehen.
- Das Einholen einer Zweitmeinung ist von Patientenseite aus primär eine Absicherungsstrategie. In Fällen, in denen eine Zweitmeinung absehbar unnötig ist (weil z.B. sowohl die Diagnose als auch die Therapie eindeutig sind), sollte man den Patienten zwar sagen, dass es sich um einen klaren Fall handelt, dass aber der Wunsch nach einer Zweitmeinung dennoch Vorrang hat.

5.4 Modul 2: Thematisierung der zweiten Meinung durch ÄrztInnen: Ein Vergleich

▶ Kontextinformation

Im Folgenden werden zwei Transkriptausschnitte präsentiert. Der erste (*Transkriptausschnitt 2*) stammt aus einem Gespräch mit einem noch jungen, 21-Jährigen Patienten mit chronischer myeloischer Leukämie. Der Vater, der bereits zu einem früheren Zeitpunkt den Wunsch, eine Zweitmeinung einzuholen, geäußert hat, übernimmt hier für den Patienten die Führung des Gesprächs.

In dem zweiten Ausschnitt (*Transkriptausschnitt 3*) ist der Patientin vom Arzt die Diagnose eines follikulären Lymphoms mitgeteilt worden.

In beiden Fällen sind die Diagnosemitteilung und die Therapieplanung bereits erfolgt, das Gespräch steht kurz vor der Beendigung.

▶ Analytischer Fokus

PatientInnen muss die Chance gegeben werden, sich nach Wunsch eine Zweitmeinung einzuholen. Da, wie Beispiel 1 gezeigt hat, die Zweitmeinung für PatientInnen oft mit negativen Assoziationen verbunden ist (Befürchtung, dass dies von ÄrztInnen als Misstrauensvotum verstanden wird), ist es sinnvoll, von ärztlicher Seite aus diesen Aspekt selbst aktiv zu thematisieren. In zwei unterschiedlichen Gesprächsausschnitten soll nun gezeigt werden, wie ÄrztInnen dieses Thema ansprechen.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie wird das Thema einer Zweitmeinung angesprochen?

→ Welche Aspekte sind im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung relevant?

→ Was verstehen PatientInnen unter einer „Zweitmeinung“?

5.4.1 Transkript A

Transkriptausschnitt 2: „offen nach ner zweiten MEInung gefragt“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, V: Vater des Patienten

```
835   A:  würden wir uns schon wÜnschen eh (--) dass WIR das betreuen
          dÜrfen.=
836       =<<all> sie hatten ja auch ganz offen nach ner zweiten
          MEInung gefragt;>
837       das is noch THEma?
838   V:  mhM.
839   A:  GUT.
840       JA.
841       ehm der ARZTbrief ist jetzt noch (.) auf den Aktuellen stand
          zu bringen natürlich;=ja,
842       und das macht frau (anoynmisiert) aber und dann KRIEgen
          sie das und dann wenden sie sich an ein zEntrum ihrer
          wahl; (---)
843       vermutlich liegt die universität (Ort anonyimiert) da nah
          oder (Ort anonymisiert); (---)
844       ich WEIß nich an wen sie DENken?
845   V:  eher im beKANNtenkreis;
846       jemanden der sich da gut AUSkennt;
847   A:  ja GERne okay;
```

5.4.2 Transkript B

Transkriptausschnitt 3: „wenn sie sagen das REICHT mir nicht“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
0963  A:  °hh ähm WENNS-
0964      und DAS is schon en-
0965      ziemlich GUter-
0966      früher terMIN. (0.3)
0967      wenn sie SAgen-
0968      das REICHT mir nicht-
0969  P:  hm_HM,
0970      (0.7)
0971  A:  °h oder sie SAgen-
0972      ich will noch eine zweite MEInung-
0973      mir irgendwo ANders ein[holen,]
0974  P:                         [hm_HM?]
0975      (0.3)
0976  A:  ja?
0977      das (.) ist wahrscheinlich der FALL-
0978      oder viel[LEICHT der fall,]
0979  P:           [also ich hab    ] im HINterkopf-
0980      das sage ich jetzt einfach ganz [OFfen,]
0981  A:                                  [hm_HM;]
0982      ja JA-
0983  P:  naTÜRlich mich noch mal-
0984      (0.4)
0985  A:  hm_HM,
0986  P:  also EINfach-
```

```
0987      ich ich weiß jetzt noch nicht in welcher FORM-
0988      ich möcht auf jeden fall mit meinem HAUSarzt
          rücksprache[halten-]
0989  A:            [auf    ][jeden FALL;]
0990  P:                     [und °hh-   ]
0991  A:  hm_HM,
0992  P:  mit IHM da nochmal [drüber spre]chen-
0993  A:                     [geNAU.     ]
0994  P:  und [DANN-]
0995  A:      [ja.  ]
0996  P:  (0.2) dass [wir] zwei mal überLEgen-
0997  A:            [ja.]
0998      ja.
0999  P:  obs SINN macht-
1000      noch ne zweite [MEInung;]
1001  A:                 [HM_hm;  ]
1002  P:  oder NICH;
1003  A:       [hm_HM;]
1004  P:       [also  ][DASS- ]
1005  A:               [hm_HM;]
1006  P:  (0.4) ich [einfach] da noch en BISsl-
1007                [hm_HM; ]
1008      hm_HM;
1009  P:  also ZEIT in anführungsstrichle-
1010      HAB [mir   ] da-
1011  A:      [hm_HM;]
1012      hm_hm;
1013      (0.7) °hh oKAY.
1014      °h ich GLAUB bei-
1015      unter mediZInern isch-
1016      (0.7) das jetzt wirklich ne völlig eindeutige [SAche,]
1017  P:                                                [hm_HM?]
1018  A:  (0.4) wo KEIne zweite meinung-
1019      UNbedingt-
1020      notwendig [IS.   ]
1021  P:            [notwen]dig IS,
1022  A:  °hh A:ber-
1023      wir sind da VOLLkommen offen-
1024  P:  hm_HM?
1025  A:  und wenn das für sie en beDÜRFnis-
1026      DARstellt-
1027      dann isch des überhaupt gar kein THEma.
1028      und so viel zeit HÄTten sie [auch noch.]
1029  P:                              [hm_HM;    ]
1030  A:  [JA?]
1031  P:  [°hh] also IN-
1032      (0.3)im prinZIP-
1033      is mein bedürfnis DAS-
1034      also mein bedürfnis sehr GROß-
1035      °h nach AL-
1036      alSO-
1037      nach ZUsätzlichen alternativen-
1038      (0.3) [ZU    ]sätzlich zu [schaun.]
1039  A:        [hm_HM;]            [hm_HM; ]
1040      [hm_HM;]
1041  P:  [also  ] dass ich NICH [nur eben-]
1042  A:                         [hm_HM;   ]
1043  P:  °hh dieSE-
1044      (0.5) CHEmo ehe-
```

```
1045  A:  [SONdern-]
1046  P:  [(ertr-) ][son]dern dass ich [da EINfach-]
1047  A:            [ja.]              [hm_HM;     ]
1048  P:  ne noch ne Andre un[terstützung][beKOMme-]
1049  A:                     [hm_HM;     ][hm_HM,  ]
1050  P:  um (-) °hh mein imMUNsystem-
1051      WAS sich halt damit [verträgt-]
1052  A:                      [hm_hm;   ]
1053  P:  (0.6) äh zu unterSTÜTzen-
```

5.4.3 Analyse A

Zeilen 835-847

Zum Gesprächsende, nach Klärung von Diagnose und Therapie, fragt der Arzt nach, ob der vom Vater zuvor schon angesprochene Wunsch nach einer Zweitmeinung weiter besteht.

Erläuterungen

Die Frage nach dem Bedürfnis, eine Zweitmeinung einholen zu wollen, wird von dem Arzt unmittelbar an den Wunsch, den Patienten während der Therapie betreuen zu dürfen, angeschlossen. Nach Bestätigung durch den Vater teilt der Arzt mit, wie er an die notwendigen Unterlagen gelangt, gibt, in Form einer Frage, Tipps zu geeigneten Universitätskliniken und akzeptiert die Wahl des Vaters des Patienten, „eher im beKANNtenkreis“ (Z. 845) nach einer zweiten Meinung zu suchen, in einer positiven, unterstützenden Art und Weise („ja GERne okay“; Z. 846). Für PatientInnen und Angehörige wird so ein unterstützendes Klima geschaffen.

5.4.4 Analyse B

Zeilen 0963-0978

Der Arzt nimmt die implizite Verpflichtung der Patientin, die kurzfristig angesetzte Therapie anzunehmen, zurück, indem er der Patientin die Möglichkeit einräumt, sich zuvor noch eine zweite Meinung einzuholen.

Erläuterungen

Die Phasen von Diagnosemitteilung und Therapieempfehlung/zeitlicher Planung erfolgten in diesem Gespräch sehr schnell. Darüber hinaus hat der Arzt auch schon ohne Absprache mit der Patientin einen kurzfristigen Termin für den Therapiestart ausgemacht. Der Grund besteht darin, dass nach seiner Ansicht die Diagnose klar ist und ein früher Therapiestart sinnvoll ist. Nach der positiven Evaluation des frühen Termins geht er aber auf die Möglichkeit ein, dass sich die Patientin von der Geschwindigkeit ‚überfahren‘ fühlen könnte und gibt ihr von sich

aus die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einholen zu wollen. Auch hier wird durch das Handeln des Arztes der Patientin die Entscheidungshoheit gegeben.

Zeilen 0979-1002

Die Patientin signalisiert den Wunsch nach einer Zweitmeinung.

Erläuterungen

Die Patientin stimmt der Vermutung des Arztes, dass sie möglicherweise noch eine Zweitmeinung einholen möchte, zu. Obwohl der Arzt selbst ja das Thema eingebracht hat und so eigentlich die unproblematische Natur einer Zweitmeinung deutlich machte, zeigt das verbale Verhalten der Patientin, dass es für sie immer noch ein ‚heikles' Thema ist: Sie betont, dass die Pläne noch nicht fest sind („ich hab im HINterkopf"; Z. 0979), sie verwendet die Floskel „das sag ich jetzt einfach ganz OFfen"; Z. 0980), mit der heikle Gesprächsthemen anmoderiert werden und sie verschiebt die Entscheidung schließlich auf das Ergebnis eines geplanten Gesprächs mit ihrem Hausarzt.

Zeilen 1004-1053

Die Patientin schildert die Gründe, weshalb eine Zweitmeinung für sie wichtig ist.

Erläuterungen

Als erster Grund wird der Zeitaspekt genannt: Durch das Überlegen, ob sie eine Zweitmeinung einholen soll, gewinnt die Patientin, wie sie sagt, Zeit. Der Arzt stellt klar, dass aus seiner medizinischen Perspektive eine Zweitmeinung nicht erforderlich sei, da Diagnose und Therapie eindeutig seien, dass er aber das Bedürfnis versteht und aktiv unterstützt. Er geht dabei vor allem auch auf den von der Patientin genannten Aspekt der Zeit ein, indem er sie dahingehend beruhigt, dass ein sehr schneller Therapiestart nicht unbedingt erforderlich ist, der Termin also verschoben werden kann – der Patientin wird so die Kontrolle über ihre Handlungen zurückgegeben. Schließlich fügt die Patientin als weiteren Grund neben der Zeitgewinnung den der Hoffnung auf „alternativen" (Z. 1037) und auf das Immunsystem stärkenden Begleittherapien (Z. 1046-1053) hinzu. Dies wird vom Arzt lediglich durch stützende Hörersignale quittiert, was insofern verständlich ist, als seiner Einschätzung nach ja die Diagnose eindeutig ist.

5.4.5 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Patiententeilhabe

Eine Krebserkrankung lässt für die PatientInnen meist wenig Handlungsspielraum zu: Sie müssen den Diagnosen vertrauen, die im Zusammenspiel komplexer Untersuchungen entstanden sind, und die Therapien sind oft international standardisiert und bieten kaum Entscheidungsoptionen. Eine der wenigen Entscheidungen, die PatientInnen eigenständig treffen können, ist darüber, ob sie eine Zweitmeinung einholen wollen.
Diese Entscheidungsmöglichkeit sollte ihnen entsprechend eindeutig gegeben werden.

Handlungsempfehlungen

- Ganz gleich, ob PatientInnen schon in vorigen Gesprächen oder im Verlauf des Therapieplanungsgesprächs ihren Wunsch nach einer Zweitmeinung angesprochen haben oder nicht, zu Gesprächsende sollte diese Option angesprochen werden.
- Das bedeutet nicht, dass eine Zweitmeinung stets von Arztseite als sinnvoll bezeichnet werden muss: Beispiel 2 zeigt, dass der Arzt überzeugt ist, dass es eine völlig eindeutige Sache sei, bei der keine Zweitmeinung notwendig ist. Dennoch stellt er fest, dass er und die Klinik offen gegenüber den möglichen Wünschen der Patientin nach einer Zweitmeinung seien.
- Gerade dann, wenn zwischen Untersuchung, Diagnose und Therapiebeginn nur wenig Zeit verstreicht, können sich PatientInnen ‚überfahren' fühlen. Der Hinweis darauf, dass sie Zeit haben, eine zweite Meinung einzuholen, baut Vertrauen auf.
- Für PatientInnen ist eine Zweitmeinung nicht notwendigerweise eine medizinisch fundierte, ärztliche Zweitmeinung. Wie in Ausschnitt 2 deutlich wird, kann es sich auch um ‚informierte' Personen beispielsweise aus dem Bekanntenkreis handeln. Generell macht dies deutlich, dass es dabei um Absicherung und Vertrauensaufbau von Seiten der PatientInnen geht.
- Wichtig ist es auch, den PatientInnen mitzuteilen, wo und wie sie die für die Einholung einer Zweitmeinung notwendigen Unterlagen erhalten können und ggf. welche (qualifizierten) Institutionen dafür infrage kommen (Ausschnitt 1).

5.5 Modul 3: Das Internet als (problematische) Informationsquelle

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus der Phase, in der nach der Diagnosemitteilung (follikuläres Lymphom) die Therapie erläutert wird. Bevor der Arzt in die Schilderung der „kombinierten Chemotherapie“ einsteigt, überprüft er, ob die Patientin sich bereits Informationen aus dem Internet über ihre Krankheit und die Therapiemethoden geholt hat.

▶ Analytischer Fokus

In *Transkriptausschnitt 4* soll ein Problem angesprochen werden, das sich seit der Popularisierung des Internets immer stärker ausgebreitet hat: Im Internet finden sich unzählige teils seriöse Informationsquellen (z.B. von Stiftungen, Forschungseinrichtungen, Kliniken u.ä.), teils aber auch sehr unseriöse Darstellungen in Foren, privaten Homepages oder auch von Anbietern nicht anerkannter alternativer Therapien. PatientInnen landen bei ihren Recherchen schnell auf diesen Seiten und, da sie nicht über das Fachwissen verfügen, Informationen qualifziert zu bewerten, können Fehleinschätzungen von Therapiewirkung, Nebenwirkungen, Alternativen zur vorgeschlagenen Therapie etc. entstehen. Es ist daher wichtig, das Vorwissen der PatientInnen zu thematisieren und darüber zu diskutieren.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Mit welchen Problemen ist durch Informationen aus dem Internet zu rechnen?

→ Wie geht man mit Informationen um, die PatientInnen aus dem Internet (oder anderen unsicheren Quellen) bekommen haben?

5.5.1 Transkript

Transkriptausschnitt 4: „internet“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann

```
129 A:  oder WIE wir auch:: (.)
130     IN den letzten jAhren- (--)
131     SAgen können=eine-=
132     =kombiNIERte-
133     CHEmo-
134     imMU:Ntherapie?
135     ich WEIß net inwiewei'-
136     inwieWEIT sie:-
137     schOn nochmal irgendwie beREITS-
138     was NACHgeguckt ham im Internet oder:-
139     °h ob sie DA schon bisslen was-
140     [oder HAM sie sich jetzt] erscht emal-
141 E:  [((seufzt))             ]
142 A:  bissl be[DECKT gehalten-  ]
143 P:          [nee: ich HAB mich]
144 A:  [mit dem recherCHIEren,]
    P:  [jetzt überHAUPT-      ]
145     noch GAR [net,]
146 A:           [o   ]KE:;
```

5.5.2 Analyse

Zeilen 129-147

Während der Therapieschilderung fragt der Arzt nach dem möglichen durch Internetrecherchen gebildeten Vorwissen der Patientin über die Therapie.

Erläuterungen

Das Stichwort „=kombiNIERte- CHEmo- imMU:Ntherapie?“ (Z. 132-134) ist der Auslöser für eine Einschubsequenz des Arztes. Er unterbricht die Schilderung der Therapie, um nach dem Hintergrundwissen der Patientin zu fragen. Es ist nicht ohne Grund, dass dies an dieser Stelle geschieht. Wie in der Lehreinheit zum Thema *Trösten* herausgestellt wird, ist das Wort „Chemotherapie“ für Patienten ganz besonders stark mit negativen Assoziationen besetzt. Zudem finden sich dazu im Internet viele, oft sehr negative, Erfahrungsberichte beispielsweise in Foren. Um zu verhindern, dass solches Vorwissen zu falschen Annahmen führt und um von vornherein auf Vorwissen der Patientin eingehen zu können, fragt der Arzt an dieser Stelle nach Recherchen, die die Patientin eventuell bereits durchgeführt hat. Als diese sagt, dass sie sich bislang noch nicht darum gekümmert hat, fährt der Arzt mit der Therapieschilderung fort.

5.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Wissensasymmetrien zwischen ÄrztInnen und PatientInnen

Arzt-Patienten-Interaktion ist durch eine Wissensasymmetrie geprägt: ÄrztInnen als ExpertInnen verfügen über einen anderen Blick auf die Krankheit als PatientInnen. Diese stellen ‚subjektive Krankheitstheorien' (Birkner 2006) auf, d.h. sie bauen auf der Basis ihrer eigenen Erfahrungen, Meinungen und Krankheitsinterpretationen sowie auf der Grundlage von Einschätzungen anderer Personen Hypothesen über Ursachen der Krankheit und ideale Therapieformen auf. Diese subjektiven Krankheitstheorien können sehr hartnäckig sein. Wenn sie dazu führen, dass anerkannte Therapien abgelehnt werden, können sie sogar für die PatientInnen schädlich sein. Daher müssen diese Theorien in den Gesprächen angesprochen und diskutiert werden.

Handlungsempfehlungen

- Sobald der Verdacht auf eine bestimmte Krankheit vorliegt, können sich PatientInnen auch außerhalb des ärztlichen Bereiches darüber informieren. Ihnen stehen dabei unterschiedlich seriöse Quellen zur Verfügung. Dieses Wissen muss mit dem Wissen in Einklang gebracht werden, das im offiziellen Bereich des Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächs vermittelt wird.
- Frei zugängliche, von Privatleuten bereitgestellte Informationen über Krebserkrankungen sind insofern problematisch, als dort (Foren, Homepages) tendenziell eine ‚Schlagseite' in Richtung negativer Aspekte besteht: Man schreibt eher über Nebenwirkungen oder nicht erfolgreiche Therapien als über eine glatt verlaufene Therapie, und das verzerrt das reale Bild. Über solche ‚Informationsschlagseiten' müssen PatientInnen aufgeklärt werden.
- Es ist nicht sinnvoll, das von den PatientInnen selbst recherchierte Wissen zu ignorieren, da sonst eine ‚Parallelwelt' der Krankheitseinschätzung durch die PatientInnen entsteht. Patientenvorstellungen über die Krankheit, deren Verlauf und Therapie sollten im Gespräch diskutiert werden, um den PatientInnen den ärztlich informierten Blick auf ihre Krankheit zu geben.

5.6 Modul 4: Schulmedizin und alternative Methoden

▶ Kontextinformation

Der Gesprächsausschnitt stammt aus einer späten Gesprächsphase, die Diagnosemitteilung (follikuläres Lymphom) und die Therapieschilderung sind durch den Arzt bereits erfolgt. Zum Gesprächsende bringt die Patientin nun das Thema von alternativen Therapien in das Gespräch ein.

▶ Analytischer Fokus

In *Transkriptausschnitt 5* findet sich ein im Kontext von Krebserkrankungen oft thematisierter Aspekt, die Frage nach der Möglichkeit alternativer (begleitender oder ersetzender) Heilmethoden. Viele dieser Methoden, wie z.B. Misteltherapie, können sicher als mehr oder weniger bekannt vorausgesetzt werden, andere können durch Ratgeberliteratur (im Internet oder in Büchern) oder über das Lesen von Forenbeiträgen Betroffener u.ä. im Internet recherchiert werden. Es ist für LaiInnen sehr schwer, einzuschätzen, wie seriös diese Quellen sind und ob die vorgeschlagenen alternativen Therapien im eigenen Fall überhaupt Sinn ergeben. Entsprechend müssen Durchführbarkeit und Sinn solcher (Begleit-)Therapien bei Bedarf ausführlich diskutiert werden, um PatientInnen aufzuklären und zur mündigen Entscheidung zu einer Therapie zu befähigen.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie bringt die Patientin das Thema einer alternativen Therapie ein?

→ Wie reagiert der Arzt auf die Frage der Patientin?

→ Wie würden Sie diese Reaktion einschätzen?

5.6.1 Transkript

Transkriptausschnitt 5: „beGLEITtherapie“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin

```
535  P:  [((räuspert sich))](0.3)ich HÄTT jetzt noch ne
         frage [zu ner-]
536  A:        [hm_HM, ]
537  P:  beGLEITtherapie;
538  A:  [hm_HM; ]
539  P:  [zum bEi]spiel MIStelspritzen-
540  A:  [hm_HM;  ]
541  P:  [oder SO.]
542  A:  hm_HM;
543  P:  SIEHT ma dA ne-
544      MÖGlichkeit?
545  A:  ÄHM-
546      (0.3)
547  P:  bei [DIE]sem-
548  A:      [BEI]-
549      nJA:;
550      das das Isch ein ganz klares NEIN.
551      (0.7) das SOLLte man-
552      bei DER art von erkrankung-
553      NICHT machen,
554  P:  hm_HM?
555  A:  weil man (-) nicht WEIß-
556      wie diese MIStel-
557      (0.6) in das imMUNsystem eingreift-
558      und die LYMPHzellen irgendwie=äh-
559      vielleicht=äh-
560      beEINflusst-
561  P:  [hm_hm?]
562  A:  [in    ] SCHLECHtem sinne.
563  P:  ja_oKAY;
564  A:  was die krankheit be[TRIFFT.   ]
565  P:                      [hat ma DA-]
566      erFAHRungen?
567  A:  JA.
568  P:  HAT man;
569  A:  da wird also tatSÄCHlich-
570      eindeutig davon ABgeraten.
571  P:  hat das jetzt was mit der beSTIMmten erkrAnkung-
572      des lym[PHOMS] zu tun-
573  A:         [JA.  ]
574  P:  oder mit der LYMphom an sich-
575  A:  generELL lymPHOM;
576      [generell lymPHOMerkrankung.]
577  P:  [generELL lymphom.          ]
578  A:  JA.
579      °hh ähm °h (0.8) geNAU-
580      WAS solche-
581      äh beGLEIT-
582      therapien beTRIFFT-
583      da haben WIR-
584      (0.9) KANN ich ihnen auch Anbieten-
585      äh mal en terMIN auszumachen-
```

```
586      mit unserer ehemaligen kolLEgin;
587      die anthropoSOphisch-
588      °hh verSIERT ist;
589      und JETZT auch in ((anonymisiert))-
590      in der anthropoSO-
591  P:  [HM_hm?  ]
592  A:  [sophisch] äh [KLInik-   ]
593  P:                [KLInik is,]
594  A:  haben sie vielleicht schon [mal geHÖRT,  ]
595  P:                             [ich KENN die.]
596      ja.
597      (0.6)
598  A:  die ist dort Ober[ärztin-]
599  E:                   [sie ist] anthropoSOphin;
600  P:  [<<lachend> nein ich bin NICHT anthroposophin>;]
601  E:  [((lacht)) DO:CH;                              ]
602  P:  [aber ich bin so orienTIERT-      ]
603  E:  [hehe hehe hehe im ergebnis SCHON.]
604      [hehehe;      ]
605  A:  [und die MACHT] zum beispiel-
606      äh diese ganzen MIStel[therapi]en [und so;   ]
607  P:                        [NE:ne;.]
608                                        [sie ist in]
         ((anonymisierter Ort)).
609  A:  ja und die KOMMT aber-
610  P:  in die KLInik.
611  A:  die WAR ja bei uns en paar jah[re?   ]
612  P:                                [hm_HM?]
613  A:  und die KOMMT-
614      ähm (--) einmal in zwei WOCHen,
615      (0.5) und DA können sie-
616      (0.7) könnte man ihnen auch nen terMIN mal vermitteln-
617      um mit [der] zu SPREchen,
618  P:         [JA.]
619      [JA,]
620  A:  [was] die vielleicht SONST noch für ideen hat-
621      (0.6) jetzt AUßerhalb;
622      da gibts ja noch viele ANdere dinge-
623      außerhalb von MISteln.
624      (0.3)
```

5.6.2 Analyse

Zeilen 535-547

Die Patientin fragt nach einer konkreten Begleittherapie aus der Alternativmedizin, einer Mistelspritzentherapie.

Erläuterungen

Einerseits wird durch die konkrete Frage nach Mistelspritzen deutlich, dass die Patientin schon über Vorwissen verfügt (sei es durch eigene Recherchen oder Informationen aus dem Bekanntenkreis), da sie speziell Spritzen anspricht. Auf der anderen Seite markiert sie aber ihr Wissen als vorläufig und unsicher, indem sie diese Therapieform durch „zum beispiel“ und „oder so“ (Z. 539, 541) lediglich als Stellvertreter für mögliche andere Therapien markiert.

Zeilen 548-570

Die Begleittherapie wird vom Arzt als eindeutig nicht geeignet zurückgewiesen.

Erläuterungen

Der Arzt stellt eindeutig klar, dass diese Therapie nicht nur zweifelhaft ist, sondern in diesem Fall definitiv nicht angewandt werden darf. Der kompromisslosen Zurückweisung („das das Isch ein ganz klares NEIN“; Z. 550) folgt eine detaillierte Begründung, die darauf verweist, dass es sich dabei nicht um eine pauschale Ablehnung von alternativmedizinischen Methoden handelt, sondern um einen konkreten Fall einer Unverträglichkeit von Therapien. Die Patientin akzeptiert diese Einschätzung nach der Klärung, ob es dazu (schlechte) Erfahrungen gab, und der Arzt ihre eindeutige Zurückweisung der Therapie wiederholt. Die Passivform „da wird also tatSÄCHlich- eindeutig davon ABgeraten.“ (Z. 569-570) dient dazu, dieses ‚Abraten‘ nicht als persönliche Einschätzung zu markieren, sondern als unter Medizinern generell geteiltes Wissen. Der Patientin wird durch diese Erläuterung das notwendige Wissen vermittelt, mit dem sie selbstbestimmt und informiert über ihre Therapie entscheiden kann.

Zeilen 571-579

Die Patientin stellt eine Detaillierungsfrage.

Erläuterungen

Die Patientin klärt ab, ob diese schlechten Erfahrungen mit ihrer speziellen Lymphomerkrankung zu tun haben, oder ob generell bei Lymphomerkrankungen davon abgeraten wird, was der Arzt bestätigt.

Zeilen 580-624

Der Arzt greift den übergeordneten, von der konkreten Misteltherapie unabhängigen, Wunsch der Patientin nach alternativmedizinischen Ansätzen auf und bietet ihr an, ein Treffen mit einem Experten in dem Gebiet zu arrangieren.

Durch das Angebot des Arztes, für die Patientin einen Termin bei einer ihm bekannten anthroposophisch orientierten Kollegin auszumachen, zeigt er an, dass er die Wünsche der Patientin ernst nimmt und ihr die Chance gibt, medizinische fundiert Informationen über „viele ANdere dinge- außerhalb von MISteln.“ (Z. 622-623) zu erhalten. Auch dies zeigt, dass die Patientenanliegen hier ernst genommen werden und die Betroffenen zur aktiven Entscheidungsteilhabe befähigt werden.

5.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Alternative Heilmethoden; Wissensasymmetrien; nicht-professionelle Informationsquellen

Krebstherapien haben aus Laiensicht einen sehr schlechten Ruf, es werden Assoziationen von starken Nebenwirkungen (vor allem bei Chemotherapie) geweckt. Gerade im Internet, aber auch in Ratgeberliteratur werden zudem alternative Heilmethoden angepriesen, bei denen meist die Wirkung nicht nachgewiesen ist und die zuweilen sogar schädlich sein können. Diese Methoden locken mit ‚natürlichen‘ Heilungsprozessen und besserer Verträglichkeit. Ob diese Methoden seriös sind oder nicht, ist für PatientInnen oft nicht erkennbar.

Handlungsempfehlungen

- Es ist davon auszugehen, dass PatientInnen alle ihnen zur Verfügung stehenden Informationskanäle nutzen, um ihre Krankheit und mögliche Therapien mit ihren Folgen zu recherchieren. Dieses Vorwissen muss in dem Therapieplanungsgespräch besprochen werden, um Missverständnisse beheben zu können.
- Therapiemethoden aus der alternativen Medizin sind nicht nur für ‚anthroposophisch orientierte' PatientInnen (wie in dem Transkriptausschnitt oben) interessant, sondern auch für sonst der Schulmedizin gegenüber positiv eingestellte PatientInnen, da die Furcht vor Nebenwirkungen groß ist. Es muss in den Gesprächen daher geklärt werden, welche der alternativen Methoden überhaupt als seriös in Frage kommen können und ob es Begleittherapien gibt, die empfehlenswert sind. Wenn möglich, wie in dem oben gezeigten Gespräch, empfiehlt es sich, PatientInnen mit ÄrztInnen in Verbindung zu setzen, die sich auf solche alternativen Heilmethoden spezialisiert haben. Nur so kann sichergestellt werden, dass den PatientInnen eine medizinisch fundierte Teilhabe an der Entscheidungsfindung über ihre Therapie ermöglicht wird.

5.7 Modul 5: Therapieerfolg – Eine Gleichung mit Unbekannten

▶ Kontextinformation

Der Transkriptausschnitt stammt aus der Gesprächsmitte. Der Patient wurde mit einer chronischen myeloischen Leukämie diagnostiziert. Die Diagnosemitteilung ist abgeschlossen und der Arzt schildert die geplante Therapie. Dabei erwähnt er, dass der Patient voraussichtlich lebenslang Medikamente einnehmen werden muss. An dieser Stelle unterbricht der Patient den Arzt und fragt nach, ob die Chance besteht, dass er diese Tabletten irgendwann einmal absetzen kann. Diese Frage kann von dem Arzt nicht sicher beantwortet werden, da das von dem weiteren Krankheitsverlauf abhängt. Um die für den Patienten unbefriedigende Situation der Ungewissheit abzumildern, verweist der Arzt dann darauf, dass die Therapie dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. Beim Gespräch mit anwesend sind die Eltern des Patienten.

▶ Analytischer Fokus

KrebspatientInnen müssen mit vielen Unwägbarkeiten leben: Ob und wie gut die Therapie wirkt, welche Nebenwirkungen auftreten oder ob irgendwann Rezidive oder Spätfolgen auftreten, kann im Normalfall bestenfalls mit Wahrscheinlichkeiten angegeben werden. Dies macht es PatientInnen schwer, Vertrauen in die Therapie zu fassen. Es hilft ihnen, wenn ÄrztInnen ihnen Gründe geben, weshalb Vertrauen dennoch gerechtfertigt ist. Um eine Darstellung, wie solche Gründe aussehen und wie sie vermittelt werden können, geht es in der folgenden Analyse.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie stellt der Arzt Vertrauen in die Therapie her?

5.7.1 Transkript

Transkriptausschnitt 6: „GANZ stark (-) standardisiert“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient, V: Vater des Patienten

```
A:  (--) und sie haben RECHT,
    es besteht die CHANCE,
P:  (3.0) ((räuspert sich))
A:  (1.1) dass im BESten fall,
    (1.3) SIE (-) in,
    (2.9) ZWEI drei jahren,
    KEIne tabletten mehr nehmen müssen;
    im BESten [fall,     ]
V:            [((hustet))]
    [((hustet))  ]
A:  [DAS ist der-]
    DAS ist genau (.) der moderne stand der wissenschaft.
A:  (---) und ähm diese frage ist UNbeantwortet;
    (2.3) oKAY?
    [°h U::ND-        ]
P:  [((räuspert sich))]
A:  aber WIR behandeln natürlich,
    (-) unsere patienten nach dem BESten stand der wissenschaft;
    so auch SIE;
    °hh UND-
    (-) für SI:E,
    äh beDEUtet das,
    (-) dass (-) wir BEIde ihnen,
    (1.3) emPFEHlen,
    (---) an einer sogenannten behandlungsSTUdie teilzunehmen.
    (3.3) STUdie hört sich jetzt für sie vielleicht komisch an,
    aber das ist der beGRIFF,
    der mediZInischen wissenschaft,
    (2.0) in STUdien,
    (---) behandeln wir patienten nach !BEST!möglichem standard,
    und gehen bestimmten WISsenschaftlichen frAgen nach;
    (--) JA,
    (1.0) und ähm f die behandlung is also euROpaweit
    [verEInheitlicht, ]
V:  [((räuspert sich))]
A:  (---) oKAY?
```

[ca. 02:00 Min.: Der Arzt schildert das Vorgehen der Studie]

```
A:  °hh und diese STUdie,
    (--) FÜHRT auch mit sich,
    (1.0) dass sie !MA!ximal-
    (--) überWACHT sind;
    das ist alles GANZ stark (-) standardisiert,
    und DAS wird ihnen frau ((anonymisiert))
    [ja nachher noch (.) erklärn;]
    [((lachen im Hintergrund))   ]
A:  °h das ist unsere STUdienärztin,
    die beschäftigt sich (.) im prinZIP,
    (-) mit NICHTS anderem als solchen (---) [studien;         ]
P:                                           [((räuspert sich))]
A:  (.) [oKAY?             ]
```

```
201  P:      [((räuspert sich)) ]
202  A:  die ist da ganz TIEF im thema drin;
```

[ca. 05:00 Min. Der Arzt erläutert die Messmethoden, mit denen die Krebszellen im Blut erkannt werden können; zum Ende der Erläuterung kommt er darauf zu sprechen, dass es sein kann, dass man irgendwann auch mit empfindlichen Messmethoden nichts mehr finden kann und schließt rückwirkend die folgende Antwort an die Frage des Patienten an.]

```
280  A:  ja da_das is (.) MÖGlich,
281      und entspricht dem stand der beHANDlung;
```

5.7.2 Analyse

Zeilen 139-152

Der Arzt beantwortet die Frage des Patienten, ob er irgendwann einmal keine Tabletten mehr einnehmen muss.

Erläuterungen

Nach einer längeren Ausführung über den erwarteten Therapieverlauf geht der Arzt auf die Frage des Patienten ein und stellt fest, dass tatsächlich eine Chance besteht, dass die Tabletten abgesetzt werden können. Allerdings wird diese Chance sprachlich als sehr unsicher markiert: Der Arzt bricht nach „CHANCE“ (Z. 140) ab und räuspert sich drei Sekunden lang, dann fügt er die Einschränkung „im BESten fAll“ (Z. 142) ein, wartet erneut mehrere Sekunden, wiederholt in Z. 146 erneut, dass dies nur „im BESten fall“ so sein wird und schließt schließlich damit, dass die Frage von der Wissenschaft „UNbeantwortet“ (Z. 151) ist.

Zeilen 158-203

Der Arzt schließt eine Empfehlung an den Patienten an, an einer Behandlungsstudie teilzunehmen.

Erläuterungen

Für den Patienten ist es natürlich unbefriedigend, dass keine klare Antwort gegeben werden kann. Der Arzt leitet mit „UND“ (Z. 158) in der Folge eine Reihe von Aspekten ein, die Vertrauen aufbauen: Zunächst verweist er erneut darauf, dass das Nichtwissen über den Therapieverlauf dem aktuellen Forschungsstand entspricht, denn Patienten werden in der Klinik „nach dem BESten stand der wissenschaft“ (Z. 156) behandelt. Daran schließt er die Empfehlung an, an einer Behandlungsstudie teilzunehmen, die die Vorteile hat, dass dort Patienten nach „!BEST!möglichem standard“ (Z. 168) behandelt werden, „!MAX!imal – (--) überWACHT“ (Z. 191-192) sind und die Therapie „GANZ stark (-) standardisiert“ (Z. 193) abläuft. Auch der Verweis auf die Studienärztin, die als Expertin „ganz TIEF im thema drin“ (Z. 203) ist, wirkt vertrauensaufbauend.

Zeilen 280-281

Nach dem Exkurs über die Studie beantwortet der Arzt erneut die Frage des Patienten.

Erläuterungen

Die erneute Antwort, dass ein Absetzen der Tabletten „MÖGlich“ (Z. 280) sei, ist für den Patienten nun vor dem Hintergrund der Informationen, dass dies der aktuelle Forschungsstand ist, an dem im Rahmen von Studien weiterhing gearbeitet wird, verständlicher.

5.7.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Sicherheit durch ‚viele zweite Meinungen‘

Wenn eine Diagnose und die darauf aufbauende Therapie nur von einer einzigen Person erstellt würde, dann müssten PatientInnen in ein besonders hohes Maß an Vertrauen in diese Person investieren. PatientInnen ist meist nicht klar, wie die Entscheidungsfindungsprozesse in einer Klinik tatsächlich ablaufen und wie viele ‚MitentscheiderInnen‘ im Hintergrund beteiligt sind. Je mehr Personen an der Entscheidungsfindung beteiligt waren und je standardisierter Therapien sind, desto sicherer können sich PatientInnen fühlen.

Handlungsempfehlungen

- PatientInnen ist meist nicht bewusst, dass bereits in der Entscheidungsfindung in der Klinik sozusagen ‚zweite Meinungen‘ eingeholt wurden, indem die Krankheitsfälle und Therapien jeweils in einem Tumorboard besprochen werden. Alleine diese Information kann für PatientInnen bereits beruhigend wirken, da sie so wissen, dass andere ExpertInnen zur gleichen Einschätzung gekommen sind.
- Ebenso zu den ‚zweiten Meinungen‘ im weiten Sinn kann man auch Studien zählen, bei deren Teilnahme die Patientenunterlagen von der Stelle, die die Studie durchführt, nochmals geprüft werden.
- Im weiteren Sinne kann man auch den Verweis darauf, dass die Therapie internationalen Standards entspricht, als implizite Zweitmeinungen betrachten: Ein internationaler Standard setzt ja voraus, dass viele ExpertInnen in unterschiedlichen Ländern mit der entsprechenden Therapie Erfolg hatten und haben.
- Vertrauensbildend sind schließlich auch Verweise auf ExpertInnen an der eigenen Institution sowie auf Erfahrungen, die man mit der Behandlung der Krankheit bereits hat.

5.8 Abschlussreflexion

→ Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?

→ Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation?

→ Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

6 Einheit 5: Trösten

6.1 Einstiegsfragen

→ Wie ist Ihre allgemeine Haltung zu Emotionalität in den Aufklärungsgesprächen?

→ Was für eine Rolle, glauben Sie, spielt Emotionalität für die PatientInnen?

→ Äußern PatientInnen ihre Emotionen? Wenn ja, wie?

→ Erleben Sie dies als Aufforderung zum Trösten?

→ Wie äußern PatientInnen ihren Trostbedarf?

→ Wie gehen Sie damit um?

6.2 Einleitung und inhaltliche Kurzbeschreibung der Einheit

Gerade in Gesprächen in der Onkologie spielt das Trösten eine besondere Rolle:

- Die Krebsdiagnose wird von den PatientInnen oft als unerwarteter, harter Schicksalsschlag wahrgenommen.
- Bis zuletzt hoffen die PatientInnen, dass die Ergebnisse der pathologischen Analyse günstig ausfallen. Der Schock über die Konfrontation mit der nun sicheren Diagnose ist entsprechend groß.
- Viele PatientInnen verbinden mit Krebs darüber hinaus immer noch Unheilbarkeit, was ihre Betroffenheit weiter steigert.

Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche stellen daher an die ÄrztInnen hohe Anforderungen: Auf der einen Seite müssen die institutionell vorgesehenen Gesprächsaufgaben erfüllt werden (Mitteilung und Erläuterung der Diagnose, Vorstellen des Therapieplans, Klärung der zu erwartenden Nebenwirkungen etc.), auf der anderen Seite müssen aber auch die Emotionen der PatientInnen und Angehörigen bearbeitet und Trost gespendet werden.
Zwei Gründe sprechen dafür, sich aktiv um die ‚Trostarbeit' im Gespräch zu kümmern:

1. Konzepte der *patientenzentrierten Medizin* (d.h. dem Bestreben, den Bedürfnissen und Wünschen der PatientInnen umfassend Rechnung zu tragen und sie als gleichberechtigte PartnerInnen und nicht lediglich als Diagnose- und TherapieempfängerInnen zu betrachten) und der *sprechenden Medizin* (d.h. der Auffassung, dass die sprachliche Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen selbst therapeutisch wirksam wird) erfordern per se ein Eingehen auf die Gefühlswelt der PatientInnen.

2. Aber auch aus der ganz nüchternen Perspektive der Ziele, möglichst *effektive* Gespräche (d.h. Gespräche, bei denen die PatientInnen Diagnose und Therapieplan verstehen) und möglichst *effiziente* Gespräche (d.h. Gespräche, die mit der knappen Ressource Zeit sparsam umgehen) führen zu wollen, ist das Trostspenden sinnvoll. Untersuchungen aus der Unternehmenskommunikation, beispielsweise von Reklamationsgesprächen (Fiehler/Kindt/Schnieders 2002), haben gezeigt, dass KundInnen, wenn ihre Emotionen von den SachbearbeiterInnen nicht bearbeitet werden, diese Emotionen wieder und wieder thematisieren. Die vermeintlich kürzere, Zeit sparende Strategie der SachbearbeiterInnen, die Emotionsbearbeitung zu ignorieren, führt also im Endeffekt zu einer Schleifenbildung im Gespräch. Wird Emotion dagegen sofort bearbeitet, werden die Gespräche deutlich effektiver und effizienter: Die Bearbeitung der Emotionen der KundInnen in Reklamationsgesprächen führt also zu einem besseren Gesprächsverlauf. Auch wenn aus Sicht der KundenberaterInnen diese Passagen oft als sachfremd und ‚bremsend' wahrgenommen werden, ist genau das Gegenteil der Fall, denn erst wenn die KundInnen sich auch emotional ernst genommen fühlen, sind sie bereit und fähig, auf der Sachebene zu kooperieren. Gleiches gilt auch in medizinischen Gesprächen: Die Emotionsbearbeitung muss als zentraler Bestandteil solcher Gespräche wahrgenommen werden.

In dieser Lehreinheit sollen Passagen von ‚Trostarbeit' vorgestellt werden, um eine Übersicht zu geben, was typische Patientenprobleme sind, wie PatientInnen ihr Trostbedürfnis signalisieren und wie ÄrztInnen darauf reagieren und Trost spenden können.

Trost und Trostarbeit:

Obwohl das Trösten in der Seelsorge, der Psychotherapie und der medizinischen Kommunikation eine so wichtige Rolle einnimmt, ist das Wissen über die Strukturen und Funktionen des Tröstens nicht sehr umfangreich. Nach Petzold dient Trost dazu, „malignen Trauerprozessen vorzubeugen und die Partizipation am Leben zu fördern" (2007: 1), wobei der Trost ein „von der Psychotherapie vernachlässigter ‚Heilfaktor erster Ordnung' bei Belastungen, Verletzungen und Verlusten" (2007: 4) ist, der im Trösten als der „Hilfe und empathischen Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen" (2007: 4) seinen Ausdruck findet.
Trostarbeit umfasst alles gemeinsame Bemühen von Tröstendem und Getröstetem, mit dem Leid und der Belastung umzugehen. Anders als spontanes Trösten, das situativ ausgelöst wird durch Leidbekundungen des zu Tröstenden, besteht die Trostarbeit aus einem „bewussten, kontinuierlichen Beistehen, einem Begleiten als einer längerfristigen Unterstützung bei Verarbeitungs- und Konsolidierungsprozessen" (Petzold 2007: 4).

Trostarbeit in der Onkologie findet also nicht nur in den hier untersuchten Aufklärungsgesprächen statt, sondern auch in Gesprächen mit PflegerInnen, SeelsorgerInnen, PsychoonkologInnen etc. Trösten hat nach Petzold (2007: 5) die Funktion,

- „auf der physiologischen Ebene Erregungszustände mit einer Hyperstressqualität (hyperarrousal, kindling) zu beruhigen (quenching, down regulation)“,
- „auf der psychologischen Ebene Überforderungsgefühlen/Stress-Emotionen (Panik, Furcht, Aggression, Gewaltimpulse, Hass, Verzweiflung, Ohnmacht etc.) sowie negativen Kognitionen gegenzusteuern“ und
- „auf der sozialen Ebene Rückzug aus der sozialen Partizipation, Selbstisolation, Misstrauen zu verhindern und stattdessen positive soziale Muster aufzubauen und zu fördern.“

Um erfolgreich Trostarbeit leisten zu können, ist es notwendig, sich über Bedürfnisse und Probleme der zu Tröstenden bewusst zu werden. Dabei soll die folgende Lehreinheit helfen.

Weiterführende Literatur

→ Imo, Wolfgang (2017): Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. In: Muttersprache 3/17, 197-225.

→ Koerfer Armin / Rainer Obliers / Karl Köhle (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 6, 243-62.

→ Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch, Albert / Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 154-169.

6.3 Modul 1: Angst vor Nebenwirkungen

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer Brustkrebspatientin, die eine vergleichsweise positive Diagnose (lobuläres Mammakarzinom) erhalten hat in dem Sinne, dass sie lediglich mit Operation, Bestrahlung und einer Hormontherapie zu rechnen hat. Nachdem die Therapie vorgestellt wurde, bringt die Patientin ihre Angst vor Nebenwirkungen in das Gespräch ein. Am Gespräch beteiligt ist neben dem Arzt auch der Ehemann der Patientin.

▶ Analytischer Fokus

Im folgenden Transkript geht es darum, die unterschiedlichen Perspektiven von ÄrztInnen und PatientInnen nachzuvollziehen. Dabei spielt zum einen das Wissensgefälle eine große Rolle: PatientInnen können nicht wissen, für welche Krebsarten welche Therapien mit welchen Nebenwirkungen vorgesehen sind. Zum anderen ist in der Laiensicht eine Krebserkrankung untrennbar mit einer Chemotherapie verbunden, und diese mit Vorstellungen über Übelkeit und ausfallende Haare. Dass Krebserkrankungen heute mit ganz unterschiedlichen Methoden geheilt werden können und dass auch die gefürchteten Nebenwirkungen einer Chemotherapie heute nicht mehr die Regel sind, ist den meisten nicht bekannt. Dieses Unwissen der PatientInnen führt zu großen Ängsten und entsprechendem Trostbedürfnis.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Was sind die Ängste der Patientin und wie äußert sie diese?

→ Inwieweit sind Emotionsbearbeitungen und Trösten an dieser Stelle notwendig, um für eine Gesprächsfortsetzung zu sorgen?

→ Wie tröstet der Arzt und wie wird der Trost entgegengenommen?

6.3.1 Transkript

Transkriptausschnitt 1: „Wir machen doch keine CHEmotherapie mit ihnen“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin

```
225   E:   wird des dann ambuLANT (.) gemacht,=oder?
226   A:   nee.
227        ah_äh die bestrahlung JA,
228        aber die oPE nicht;
229        da sind sie DREI nächte ungefähr hier;
230   E:   DREI (nächte ja);
231   P:   i hob jetzt schon wenig hOa und dann hab ich n
           GLATZkopf noch dazu:-
232   A:   [wieSO:?                ]
233   E:   [(xxx) (xxx) (xxx) (xxx)]
234   A:   aber [DOCH-]
235   E:        [(xxx)]
236   A:   [wir machen doch keine  ] !CHE!motherapie [mit ih:nen]
      E:   [(xxx) (xxx) (xxx) (xxx)]
237   P:                                             [AH ja;    ]
      A:   frau XXX;
238        dA:zu hat der tumor jetzt NICHT die eigenschaften die-
239        die uns nicht geFALlen;
240        das ist Alles,
241        (-)
242   A:   gAnz HARMlos;
243   P:   <<leise> oKAY;>
244   A:   JA?
245        der HAT-
246        ((Geräusch von Papierblättern))
247   A:   der HAT-
248        (--)
249   A:   SACHen die äh-
250        ((klappern) (0.5))
251   A:   die sind GANZ: super gut;=ja,
252   P:   ja;-
253   A:   ne CHEmo (.) würd bei ihnen gAr nix bringen;
254        deshalb MACHen wir sie auch gar net.
255   P:   hm_HM,
256   A:   aber ne taBLETte für fünf jahre,
257        (--)
258   A:   die beSTRAHLung,
259        und dann ist GUT,
260   P:   °hhh
261   A:   und dann [DENken sie in] nem halben jahr gar net mehr dran;
262   P:            [hhh°         ]
263   P:   °h gut;
264   A:   oKAY,
265   A:   und wenn sie WOLlen,
266        können wir sie am DONnerstag operieren.
```

6.3.2 Analyse

Zeilen 225-231

Der Ehemann klärt in Z. 225-230, ob die Behandlung ambulant durchgeführt wird. Die Patientin geht in Z. 231 aber auf dieses Thema nicht ein, sondern bringt den neuen thematischen Aspekt der befürchteten Nebenwirkung eines Haarverlusts ins Spiel: „i hob jetzt schon wenig hOa (= Haare) und dann hab ich n GLATZkopf noch dazu:-“.

Erläuterungen

Haarverlust wird von der Patientin als typische und in jedem Fall zu erwartende Nebenwirkung einer Krebsbehandlung angesehen. Was genau der tatsächliche Auslöser für Haarausfall ist (in der Regel die Chemotherapie), ist nicht oder nur in Ansätzen bekannt. Dies kann zu unbegründeten Ängsten führen, die bearbeitet werden müssen, damit das Gespräch fortgesetzt werden kann.

Zeilen 232-237

Anders als für die Patientin selbst ist für den Arzt als Experten die Vorstellung, die Patientin würde Haarausfall bekommen, abwegig. Er thematisiert seine Verwunderung mit einem gedehnten „wieSO:?“ und liefert die Erläuterung für seine Verwunderung (und zugleich die seiner Ansicht nach plausible Begründung, warum nicht mit einem Haarausfall zu rechnen ist): „wir machen doch keine CHEmotherapie mit ihnen“ (Z. 236).

Erläuterungen

Hier wird zum einen das Wissensgefälle zwischen Arzt und Patientin deutlich (welche Nebenwirkungen hängen mit welchen Therapieformen zusammen) und zum anderen zeigen sich die unterschiedlichen Perspektiven auf die Therapie: Während für die Ärzte der Behandlungserfolg im Fokus steht, nehmen für die Patienten auch die zu erwartenden Nebenwirkungen einen hohen Stellenwert ein. Angst vor Nebenwirkungen löst Trostbedarf aus.

Zeilen 238-261

Der Arzt schließt seine Erläuterung mit der Bewertung „ganz HARMlos“ (Z. 242), die von der Patientin allerdings nur sehr vorsichtig akzeptiert wird („oKAY:“; Z. 243). Daraufhin holt der Arzt nochmals etwas weiter aus und bekräftigt die positive Diagnose (Z. 244-261).

Erläuterungen

Der Trostbedarf wird vom Arzt erkannt: Er versichert der Patientin, dass die Therapie harmlos sei und weist nochmals darauf hin, dass keine Chemotherapie (und somit kein Haarausfall) zu erwarten ist. Das „ja“ als ‚Frageanhängsel‘ (Z. 244 und 251) dient dazu, zu überprüfen, ob die Information, die die tröstende Wirkung haben soll, bei der Patientin ankommt.

Zeilen 259-266

Der Arzt betont schließlich mit „dann ist GUT“ (Z. 259) und „dann DENken sie in nem halben jahr gar ne mehr dran“ (Z. 261), dass die Therapie nicht nur schnell vorbei, sondern auch sehr sicher erfolgreich sei. Die Patientin akzeptiert schließlich diese Darstellung (Z. 263), woraufhin der Arzt aus der Trostarbeit aussteigt und zur konkreten Therapieplanung übergeht.

Erläuterungen

Die Darstellung der Therapie als geradezu beiläufig und als etwas, das man in einem halben Jahr bereits vergessen haben kann, erfüllt den Zweck des Tröstens: Die Patientin akzeptiert diese Darstellung, sodass der Arzt zur Therapieplanung zurückkehren kann.

6.3.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Angst vor Nebenwirkungen

Die Angst vor Nebenwirkungen nimmt für die PatientInnen einen sehr wichtigen Aspekt ein. Solange sich die PatientInnen in Gedanken nur mit diesen Befürchtungen beschäftigen, kann es passieren, dass sie sich auf das Gespräch nicht oder nur schlecht konzentrieren können.

Handlungsempfehlungen

- Die zu erwartenden Nebenwirkungen und v.a. auch das Ausbleiben von Nebenwirkungen, das durch bestimmte Therapien zu erwarten ist, sollten parallel zur Erläuterung des Therapieplans geklärt werden, damit PatientInnen nicht in eine ‚Panikschleife‘ geraten und sich in falsche Vorstellungen über negative Auswirkungen der Therapie ‚verrennen‘.

Art, Dauer und Folgen der Therapie

PatientInnen, die mit der Erstdiagnose Krebs behandelt werden, haben oft keine oder nur vage Vorstellungen über den Ablauf und die Folgen der Therapie. Entsprechend werden aus dem Alltagswissen bekannte Nebenwirkungen (Haarausfall, Übelkeit) und stereotype Annahmen über Krebserkrankungen (Unheilbarkeit, stationäre Behandlung) aktiviert, was zu großen psychischen Belastungen führt.

Der Therapieplan sollte möglichst detailliert und chronologisch dargestellt werden und an allen Stellen, wo möglich, tröstend begleitet werden:

Handlungsempfehlungen

- Welche Therapiemaßnahmen sind geplant, welche Dauer haben sie und welche Nebenwirkungen sind zu erwarten? Welche Erfahrungswerte liegen vor, dass eine Therapie gut vertragen wird?
- Können die Maßnahmen stationär oder ambulant durchgeführt werden (wobei letzteres eine gute Verträglichkeit implizieren kann)?
- Mit welchen Erfolgschancen der Therapie kann gerechnet werden?

Das Verstehen sollte während der einzelnen Schritte immer wieder aktiv erfragt werden und den PatientInnen sollte Raum gegeben werden, ihre Emotionen anzusprechen.

6.4 Modul 2: PatientInnen zeigen Trostbedarf an

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einem Gespräch mit einer Patientin, die an einem follikulären Lymphom erkrankt ist. Der Gesprächsausschnitt stammt aus der Phase der Therapieerläuterung. Nachdem der Arzt das gefürchtete Wort *Chemotherapie* erwähnt, gerät die Patientin in Stress.

▶ Analytischer Fokus

Im folgenden Transkript soll gezeigt werden, wie PatientInnen ihre psychische und emotionale Überlastung anzeigen und wie darauf reagiert werden kann.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie äußert sich der emotionale und psychische Stress der Patientin in dem Transkriptausschnitt?

→ Wie reagiert der Arzt darauf?

→ Wie kann die Gesprächsblockade behoben werden?

6.4.1 Transkript

Transkriptausschnitt 2: „heiß“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
A:  !DA!durch,
    dass sie ja diese RIEsige milz haben,
    wird man das: so nicht LASsen wollen;
P:  (-) hm_HM;
A:  (-) U:ND,
    (---)eine theraPIE,
    (--) WÄre,
    (-) [eine CHEmotherapie;]
P:      [°hh    <<leise>  o:]KAY;>
A:  (---) ähm,
    ((klopfen an der Tür; (---)))
A:  [wi:r,]
P:  [mir_s] grad n bisschen [HEIß gworden;   ]
A:                          [<<langsam> ja:;>]
    (.) ja;
P:  ((räuspert sich laut))
A:  EIne,
    (.) CHEmotherapie,
    (.) DIE:,
    (1.4) wo wir DENken,
    dass sie die verTRAgen [werden,]
P:                         [JA;    ]
    [JA; ]
A:  [ALso] des is jetzt,
    (.) NICHT (.) so,
     ne GANZ agressive therapie.
P:  (--) hm_HM,
A:  ähm und wir WÜRden,
    VORsichtig mal,
    anfangen [erscht mal] mit kortiSON;
P:           [hm_HM,    ]
    oKAY,
A:  (--) fünf TAge,
P:  hm_HM-
A:  (-) und ÄHM,
P:  TSCHULdigung;
    aber jetzt wirds mirs ganz [HEIß; ]
A:                             [ja das] is UNschön;
P:  [ja_a,]
A:  [DURCH]atmen,
P:  ja;
    (1.6)
A:  wollen sie was zum TRINken haben?
    <<leise> kann [ich was zu TRINken->]
P:                [NEE nee nee;        ]
    nee des is jetzt NUR,=
    =<<schnell> WEIL ich weil ich w->
    hab ich jetzt wAhrscheinlich nen ganz roten KOPF;
A:  [((lacht leise  ))]
P:  [aber des (.) GEHT] gleich wieder vorbei.
    (-) SPRECHen sie ruhig weiter.
A:  ja;
```

```
290      °hhh ähm,
291      geNAU;
292      erscht mal fünf TAge:,
```

6.4.2 Analyse

Zeilen 238-245

Nach der Erläuterung des Befundes wird von dem Arzt eine Chemotherapie vorgeschlagen, woraufhin die Patientin mit physischen Symptomen, die auf hohe Erregung hindeuten, reagiert.

Erläuterungen

Die Art und Weise, wie die Therapie eingeführt wird, liefert der Patientin bereits Hinweise darauf, dass es sich nicht um eine gute Nachricht handelt: Der Arzt sagt immer nur ein oder zwei Wörter, getrennt durch lange Pausen, bis dann der Höhepunkt „eine CHEmotherapie“ in Z. 245 erreicht ist. Die Patientin zeigt an, dass sie mit dieser Therapie negative Assoziationen verknüpft, indem sie ihre physische Reaktion (Hitze), verbalisiert.

Zeilen 252-272

Der Arzt fährt mit seiner Therapiedarstellung fort und beginnt mit der konkreten Medikationsplanung („erscht mal mit kortiSON“; Z. 267), während die Patientin zunehmend stärker ihr Unbehagen deutlich macht.

Erläuterungen

Die Verbalisierung ihres Zustandes durch die Patientin kann man als eine implizite Bitte um Trost betrachten. Der Arzt wechselt aber nicht auf eine emotionale Ebene oder gibt der Patientin Zeit, sich zu fangen. Er fährt in der Schilderung der Therapie fort, wobei sich in diesem Zusammenhang allerdings auch insofern Aspekte des Tröstens finden lassen, indem der Arzt seiner Erwartung Ausdruck gibt, dass die Patientin die nicht ganz so aggressive Therapie gut vertragen wird.

Zeilen 273-274

Die Patientin unterbricht den Arzt und wiederholt ihre sich im Physischen manifestierende emotionale Anspannung.

Erläuterungen

Die Patientin signalisiert, dass für sie die Emotionsbearbeitung Vorrang hat und dass sie in ihrem gegenwärtigen Zustand nicht fähig ist, dem Gesprächsverlauf weiter zu folgen.

Zeilen 275-288

Der Arzt unterbricht die Darstellung des Therapieplans und geht auf die Patientin ein, wonach die Patientin den Arzt auffordert, weiterzusprechen.

Erläuterungen

Der Arzt geht nun auf den emotionalen Zustand ein durch den Rat „DURCHatmen“ (Z. 277) und das Angebot, etwas zu trinken zu besorgen. Auch wenn diese Handlungen auf den ersten Blick nicht unbedingt Trostarbeit zu leisten scheinen, erfüllen sie doch ihren Zweck, denn die Patientin fängt sich wieder und das Gespräch kann in der Folge fortgesetzt werden. Das Eingehen auf den psychischen Zustand durch das Zeitlassen wirkt hier tröstend.

6.4.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Nebenwirkungen: Patientenängste, Laienvorstellungen und medizinische Realität

Vor allem das Stichwort *Chemotherapie* und die damit verbundenen Nebenwirkungen lösen bei PatientInnen große Ängste aus.

Handlungsempfehlungen

- Sofern die Therapie auch ‚Lichtblicke‘ offenlässt, wie z.B. eine gute Verträglichkeit, kurze Behandlungsdauer o.ä., sollte das den PatientInnen schnell mitgeteilt werden. Eine Möglichkeit, Trost zu spenden, besteht darin, zu negative Vorstellungen der PatientInnen abzubauen und mit der Realität abzugleichen.

Verbalisierung von Emotionen

Wenn erst einmal Emotionen im Gespräch thematisiert werden, sind die PatientInnenen meist so auf ein Problem und auf ihre Ängste fixiert, dass ohne eine Emotionsbearbeitung kein Fortgang des Gesprächs möglich ist.

Handlungsempfehlungen

- Wenn PatientInnen ihre Emotionen verbalisieren, sollte darauf eingegangen werden. Mögliche Strategien, damit die PatientInnen sich wieder ‚fangen' können, sind:
  - verbales Trösten (auf ‚Lichtblicke' und ‚das Gute im Schlechten' der Diagnose und Therapie hinweisen; Hoffnung auf eine gelingende Therapie wecken; auf die Zeit nach der Therapie fokussieren)
  - Zeit lassen (dies kann explizit thematisiert werden, z.B. mit *Jetzt atmen Sie erstmal ruhig durch!* oder trostbegleitende Handlungen (etwas zu Trinken anbieten, ein Taschentuch anbieten) geschehen.
- PatientInnen müssen das Gefühl bekommen, dass ihre Emotionen ernst genommen wurden. Häufig ist dabei keine aufwändige Trostarbeit notwendig, ein Anerkennen von und kurzes Eingehen auf Emotionen ist ausreichend.

6.5 Modul 3: Die Rolle von Erzählungen bei der Verarbeitung von Emotionen

▶ Kontextinformation

Der folgende Transkriptausschnitt stammt aus einer späteren Phase des Gesprächs, nachdem Diagnose (invasives duktales Mammakarzinom) und Therapie durch den Arzt bereits geschildert wurden. Die Patientin berichtet nun von vorigen Krebserkrankungen ihrer Freundin, ihres Mannes und ihr selbst.

▶ Analytischer Fokus

In *Transkriptausschnitt 3* soll die wichtige Rolle von Erzählungen für die Emotionsbearbeitung dargestellt werden. Durch das Erzählen von eigenen und fremden Krankheitsverläufen kann die eigene Diagnose besser verarbeitet werden.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Welche Funktionen haben die kurzen Erzählungen der Patientin?

→ Wie geht der Arzt darauf ein?

→ Inwiefern sind Erzählungen auch ‚Kristallisationspunkte' für Trosthandlungen?

6.5.1 Transkript

Transkriptausschnitt 3: „ich hab eine FREUNdin die hat das jetzt auch hinter sich“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
P:  °h <<p> ich hab eine FREUNdin die hat das jetzt auch hinter
    sich;>
A:  JA?
    [hm_HM.]
P:  [hm_HM.]
    JA sie hat mir geholfen-
A:  hm_HM.
P:  <<p> und (.) °h aber sie ist jetzt wieder FIT;> hh°
A:  SCHÖN.
P:  [das ist SCHÖN;    ]
A:  [das nehmen sie das] als VORbild.
    [ich GELL?                  ]
P:  [<<lachend> das wär !SCHÖN!.]
    [wenn das so GEHT.>                       ]
A:  [dass ihnen hoffentlich dann AUCH so geht;]
    das wär doch SCHÖN.
    GEnau.
    ja.
P:  interesSANT (.) mein mann hatte zwei mal hodenkrebs-
A:  hm_HM;
P:  und dann war er so gut g_geHEILT,
A:  hm_HM;
P:  HIEß es;
    und dann <<lachend> hab ICH angefangen,>
A:  <<seufzend> ACHje::;>
P:  und ich war neunundDREIßig als das mit dem melanom war;
    (1.0)
    °h und ab da war schon echt mich verABschiedet
    inner[lich, ]
A:       [HM_hm;]
    [HM_hm; ]
P:  [das war] ein großer SCHOCK;
    °h deshalb schockIERT mich das jetzt nicht mehr so;
A:  hm_HM,
P:  es ist jetzt das ZWEIte mal-
A:  hm_HM;
    hm_HM;
    [hm_HM;  ]
P:  [°hh äh:m] und ÄH:- (--)
    aber (-) i_ich hatt jetzt nicht wirklich LUST <<lachend>
    drauf.> (-)
A:  das glaub ich ihnen WIRklich gerne, (.)
    das GLAUB ich [ihnen. ]
P:                [das mit] dem melanom da bin ich
    sehr GLIMPFlich davongekommen,
    sie haben das bloß opeRIERT;
    also sie haben so viel HAUT weggeschnitten, (--)
A:  hm_HM;
P:  SO; (-)
    °hh aber (.) keine CHE:mo ni:chts;
A:  SUper.(-)
    SUper.
    und die lymph der LYMPHknoten war auch in ordnung_ne,
```

6.5.2 Analyse

Zeilen 391-407

Am Ende des Gesprächs, als Diagnose und Therapie dargestellt wurden, initiiert die Patientin eine Erzählung über eine Freundin, die an der gleichen Erkrankung litt und diese überwunden hat.

Erläuterungen

Das Erzählen von eigenen Krankheitserfahrungen oder solchen von Bekannten hat zum einen therapeutische Wirkung für PatientInnen, da dies dabei hilft, mit dem Schock über die eigene Betroffenheit einer solchen Krankheit klarzukommen. Darüber hinaus bieten solche Erzählungen die Möglichkeit für die ÄrztInnen, eine empathische Gesprächsatmosphäre (Kupetz 2014) aufzubauen, was vom Arzt mit den zahlreichen positiven Bewertungen und der Ermunterung (Z. 398 bis 407) sehr gut umgesetzt wird.

Zeilen 408-439

Es ist aus der Gesprächsforschung bekannt, dass Erzählungen weitere Erzählungen auslösen. Die Patientin leitet mit „interesSANT“ (Z. 408) von der ersten Krankheitserzählung über zu der Erzählung über ihren Mann und sich selbst.

Erläuterungen

Auch hier zeigt sich, dass Erzählungen ein optimaler ‚Nährboden‘ für Trostarbeit sind, da sie zahlreiche Plätze für empathische, mitfühlende Rückmeldungen (z.B. das betonte und gedehnte „ACHje::“ des Arztes in Z. 414 oder „das glaub ich ihnen WIRklich gerne“ in Z. 429) sowie für aufmunternde Worte (wie die positive Bewertung des Arztes in Z. 437-439, dass keine Chemotherapie notwendig war und auch die Lymphknoten nicht betroffen waren) bieten. Auch wenn diese Erzählpassagen scheinbar nichts mit dem ‚eigentlichen‘ Thema des Gesprächs zu tun haben und ‚unnötig‘ wirken, sind sie doch von allergrößter Bedeutung für die PatientInnen, um ihre Krankheit zu akzeptieren und psychisch entsprechend damit fertig zu werden. Zudem kann durch das Eingehen der ÄrztInnen auf die Erzählungen eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre geschaffen werden.

6.5.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Erzählen

Erzählen nimmt viel Zeit in Anspruch, und der unmittelbare Bezug zur konkreten Handlungsaufgabe ist manchmal nicht gegeben.

Handlungsempfehlungen

- Erzählen hat therapeutischen Charakter: Den PatientInnen wird durch das Erzählen ihrer Krankheitsgeschichte und von Krankheiten und Heilungen von Bekannten die Chance geboten, ihre Krankheit bewältigen zu können.
- Patientenerzählungen werden oft als ‚Störung' der ärztlichen Routine empfunden, weil sie wenig mit der konkreten Handlungsaufgabe beispielsweise eines Therapieplanungsgesprächs zu tun haben. Für die ‚sprechende Medizin', die die therapeutische Wirkung von Sprache ernst nimmt, sind sie aber wichtige Passagen für die PatientInnen.

Empathie

Empathie zu zeigen ist auf der einen Seite wichtig für den Aufbau einer vertrauenserweckenden Gesprächsatmosphäre. Glaubwürdig Empathie zu vermitteln, ist allerdings auf der anderen Seite nicht einfach.

Handlungsempfehlungen

- Auch formelhafte Empathiebekundungen wie „Das glaub ich Ihnen gerne!" oder „Oh je, das muss schlimm gewesen sein!" erfüllen den Zweck des Tröstens, indem sie den PatientInnen das Gefühl geben, mit ihren Emotionen nicht ‚fehlplatziert' zu sein, sondern diese auch gleichberechtigt neben den physischen Aspekten besprechen zu können.
- Das Sprichwort, dass geteiltes Leid halbes Leid sei, trifft auch in diesen Gesprächen zu: Verweise auf die eigene Betroffenheit (oder die von Bekannten) von Seiten der ÄrztInnen kann ebenfalls dazu beitragen, ein empathisches Verhältnis zu den PatientInnen aufzubauen.

6.6 Modul 4: ‚Das Gute im Schlechten' – Trost spenden bei der Diagnosemitteilung

▶ Kontextinformation

Es handelt sich bei Ausschnitt 4 und den Beginn eines Gesprächs, in dem der Arzt der Patientin die Diagnose einer chronischen myelomonozytären Leukämie übermittelt.

▶ Analytischer Fokus

Transkriptausschnitt 4 steht stellvertretend für eine ‚klassische' Technik der Übermittlung von Krebsdiagnosen, der ‚schlecht-aber-gut'-Technik: Zunächst wird die Diagnose übermittelt und in der Folge wird auf ‚das Gute im Schlechten' fokussiert, beispielsweise eine gute Heilungschance, ein geringerer Ausbreitungsgrad als erwartet, neue Therapieansätze o.ä. (Günthner 2017).

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie wird der Ernst der Diagnose durch den Arzt angezeigt?

→ Wie reagiert die Patientin darauf?

→ Wie versucht der Arzt direkt im Kontext der Diagnosemitteilung Trost zu spenden?

6.6.1 Transkript

Transkriptausschnitt 4: „Aber?“ / GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
001  A:  ja guten MORgen frau ((anonymisiert)),
002      (-) wir sind ja jetzt zuSAMmen gekommen,
003      weil wir über (.) die diaGNOse,
004      die wir bei ihnen geSTELLT haben,
005      !SPRECH!en,
006      (--) !MÜS!sen;
007      (1.4) u:nd KLAR,
008      ich versteh das dass sie sich große SORgen machen,
009      weil,
010      (---) ((schnalzt)) °hh sie sind ja sozusagen von der
         HAUSärztin wars,=gEll?
011      (-)
012  P:  ja;
013  A:  (-) verHAFtet worden,
014      und (.) die hat ihnen geSACHT,
015      ((Stimmen im Hintergrund))
016  A:  ich erINner mich noch,
017      °hh ich hab verdacht auf leukäMIE frau ((anonymisiert)),
018      sie müssen !SO!fort ins krankenhaus;
019      (1.1) NE,
020  P:  mhm,
021  A:  da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,
022      wenn man das (.)geSACHT bekommt;
023  P:  ja;
024  A:  (1.9) also (-) sie sind jetzt n_paar Tage BEI uns,
025      und wir ham die die exAKte diagnose schon gestellt;
026      (-) hm_HM?
027      °h das was ICH ihnen jetzt sage ist,
028      (--) ZWEIfelsfrei sicher;
029      (1.6) °h ähm-
030      (-) ALso,
031      (--) !JA:! wir müssen das schon bestätigen,
032      sie haben eine <<sehr deutlich> leuKÄmie,>
033      (2.0) Aber?
034      (--) °hh (--) ICH glaube man kann sagen,
035      ((Tippen im Hintergrund))
036  A:  so haben s_sie HAben,
037      (--) so ziemlich die (.) <<sehr deutlich> GÜNstigste>
         leukämie,
038      (--) die es !Ü!berhaupt gibt,
039      (---) oKAY?
040  P:  (-) hm_HM;
041  A:  das beDEUtet,
042      °hh wir HAben,
043      (--) <<langsam> eine SE::HR se::hr gute möglichkeit,>
044      (--) sie zu beHANdeln?
045      (2.2) U:ND gesund zu machen;
046      (2.0) ja?
047      (-) das ist Überhaupt keine selbstverständlichkeit;
048      (--) bei einer leukäMIE,
049      (1.5) oKAY?
050  P:  und wie soll das dann von STATten gehn,
051  A:  DIE leukä-
052      ich erKLÄRS ihnen;
```

6.6.2 Analyse

Zeilen 001-032

Der Arzt muss eine schlechte Diagnose (Leukämie) übermitteln. Sprachlich geschieht dies in der typischen Form einer langsamen ‚Anmoderation' der schlechten Nachricht.

Erläuterungen

Das Muster, nach dem der Arzt die Diagnose übermittelt, ist aus zahlreichen internationalen Untersuchungen als *bad news telling* bekannt: Schlechte Nachrichten werden mit viel verbalem ‚Vorlauf' (z.B. dem Exkurs, dass die Patientin von der Hausärztin verwiesen wurde), Pausen, vorausgreifenden empathischen Ausdrücken („da bricht dann natürlich ne WELT zusammen"; Z. 021) und dem Verweis auf externe Zwänge angekündigt. Dadurch wird der Empfänger vor der eigentlichen Nachricht ‚vorgewarnt' (vgl. Maynard 2003).

Zeilen 032-033

Die Diagnose selbst wird nicht nur durch den langen Vorlauf ‚anmoderiert', sie wird auch durch die deutliche Aussprache sowie die lange folgende Pausen von zwei Sekunden als wichtige Information markiert.

Erläuterungen

Durch die Pause kann die negative Diagnose bei der Patientin ‚sacken'. Die Tatsache, dass sie keine Antwort gibt, ist ein Beleg für den Schockcharakter: PatientInnen verstummen regelmäßig bei schweren Diagnosen.

Zeilen 033-048

Nachdem die schwere Diagnose durch die Pause ‚sacken' konnte, wird durch ein betontes und mit stark steigender Tonhöhe geäußertes „Aber?" als gleichrangig wichtige Information eine gute Nachricht als Gegengewicht geliefert, nämlich dass die Patientin die günstigste, also am besten zu behandelnde, Form der Leukämie habe. Auch diese Information wird in kleinen ‚Häppchen' mit vielen Pausen präsentiert, um ihre Bedeutung hervorzuheben.

Erläuterungen

Eine der auffälligsten Strategien der Ärzte ist die ‚X-aber-Y'-Strategie. Wann immer es möglich ist, wird der negativen Diagnose (dem X) ein positiver Aspekt (das Y) gegenübergestellt (wenn möglich, werden auch mehrer positive Aspekte genannt): Dass es sich um eine gut zu behandelnde Krebsvariante handelt, dass die Indikatoren zeigen, dass er gut auf Therapien anspricht, dass in der letzten Zeit gute Erfahrungen mit einer neuen Therapie gemacht wurden etc. Der Verweis auf ‚das Gute im Schlechten' hilft, den Diagnoseschock abzufedern und den PatientInnen Trost zu spenden.

Zeilen 049-052

Nachdem die Patientin trotz der tröstenden Information, dass sie eine günstige Form der Leukämie habe, nicht verbal reagiert, wartet der Arzt 1,5 Sekunden lang und fordert sie dann durch „oKAY?" (Z. 049) zu einer Rückmeldung auf, woraufhin sie die Frage nach der Therapie stellt.

Erläuterungen

Für das Einfordern von Patientenreaktionen und das Überprüfen des Verstehens von Diagnosen oder Therapievorschlägen sollte man sich Zeit nehmen. Die PatientInnen müssen die Informationen erst verarbeiten, bevor der nächste Handlungsschritt folgen kann.

6.6.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Sprachliche Strategien der Diagnosemitteilung

PatientInnen sind traumatisiert, wenn ihnen die Diagnose Krebs übermittelt wird, auch wenn sie bereits zuvor darauf vorbereitet wurden. Die Hoffnung, dass sich die Erkrankung entgegen aller Erwartungen doch noch als gutartig herausstellt, ist groß. Entsprechend niedergeschlagen sind PatientInnen, wenn sie mit der Diagnose Krebs konfrontiert werden.

Handlungsempfehlungen

- Die Diagnose sollte langsam und mit verständlichen Erläuterungen (Fachsprache und Laiensprache) übermittelt werden.
- Es sollten Verständnisfragen gestellt werden, ob die Diagnose verstanden wurde.

- Wann immer möglich, sollte versucht werden, ‚das Gute im Schlechten' so schnell wie möglich herauszustellen: Dabei kann es sich um die Tatsache handeln, dass der Krebs voraussichtlich gut auf eine Therapie ansprechen wird, dass er noch in einem frühen Stadium ist, dass vor kurzem eine neue, gute und verträgliche Therapie entwickelt wurde etc. Dadurch kann den PatientInnen Halt und Hoffnung gegeben und der Diagnoseschock abgemildert werden.

6.7 Modul 5: „Warum ich?“

▶ Kontextinformation

Der Transkriptausschnitt setzt noch relativ weit am Anfang des Gesprächs ein. Die Diagnosemitteilung (chronische myelomonozytäre Leukämie) ist bereits erfolgt und auch erste Therapieschritte wurden bereits genannt. Der Arzt setzt nun – ohne dass die Patientin danach gefragt hat – zu einer Erläuterung der Entstehung einer Leukämie an.

▶ Analytischer Fokus

Für die PatientInnen ist eine Krebserkrankung meist ein ‚singuläres Ereignis‘, das sozusagen ‚aus heiterem Himmel‘ über sie hereinbricht. Das Gefühl, sich vom Leben ungerecht behandelt zu fühlen, kann so entstehen und es wird die Frage „Warum gerade ich?“ gestellt. *Transkriptausschnitt 5* zeigt, wie man mit diesem Gefühl umgehen kann.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Weshalb erläutert der Arzt, dass jeder zweite in seinem Leben Krebs bekommt?

→ Wie reagiert die Patientin darauf?

6.7.1 Transkript

Transkriptausschnitt 5: „JEder zweite (-) kriegt KREBS“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin

```
A:  (--) IRgendwann in der vergangenheit,
    das kann man jetzt nicht GANZ genau sagen,
    °hh WANN das war,
    °hh ein,
    IN einer,
    in einem WEIßen blutkörperchen;
    (1.4) °h eine SOgenannte,
    (3.0) ERBgutveränderung aufgetreten ist;
    (1.6) das pasSIERT einfach so (.) im laufe des (.) lebens.
    (2.6) bei JEdem mensch der geboren wird,
    ((Telefonklingeln im Hintergrund bis Z. 119))
A:  WISsen wir,
    die wahrSCHEINlichkeit,
    dass IRgendwann mal,
    im LAUfe des lebens,
    KREBS entsteht,
    ne?
    die ist (-) in ETwa,
    bei männern und frauen bei fünfzig proZENT,
    also ER hat fünfzig prozent chance,
    mal KREBS zu kriegen,
    ICH,
    ((Frauenstimme sagt hallo im Hintergrund))
A:  JEder zweite;
    (-) kriegt KREBS;
    im LAUfe seines lebens.
    (--) da sind sie also Überhaupt keine ausnahme.
    oKAY?
P:  (--) jetzt hab ich nochmal EIne frage;
    also nach der großen oPE,
    ihnen HATT ich_s ja schon gesagt,
```

6.7.2 Analyse

Zeilen 102-127

Der Arzt erläutert zunächst, wie eine Leukämie entsteht, um dann verallgemeinernd festzustellen, dass für Männer und Frauen eine fünfzigprozentige Chance besteht, an Krebs zu erkranken.

Erläuterungen

Dass die zunächst scheinbar ‚nüchternen' Erläuterungen durchaus einen tröstenden Charakter haben, merkt man daran, dass der Arzt es nicht bei der allgemeinen Aussage belässt, dass für Männer und Frauen die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei 50 % liege, sondern dass er explizit Bezug auf die Gesprächssituation nimmt: Er bezieht erst den ebenfalls anwesenden Sohn der Patientin mit ein „ER hat fünfzig prozent chance, mal KREBS zu kriegen" (Z. 121-122) und dann sich selbst („ich"; Z. 123).

Zeilen 128

Die Patientin reagiert nicht mit Rückmeldesignalen und auch nach dem Ende der Erläuterung durch den Arzt in Z. 128 antwortet sie nicht.

Erläuterungen

Die Äußerung des Arztes „da sind sie also Überhaupt keine ausnahme" (Z. 128) hat zwar durchaus das Potenzial, Trost zu spenden: Der Patientin wird dadurch mitgeteilt, dass sie keine Schuld an ihrer Erkrankung trägt und dass sie kein seltener Einzelfall ist. Die Reaktion der Patientin zeigt allerdings nicht, dass sie auf diesen Trost eingeht und, entsprechend, ob dieser Versuch zu trösten erfolgreich ist.

Zeile 129

Der Arzt fordert explizit eine Rückmeldung der Patientin ein.

Erläuterungen

Das „oKAY" aus Z. 129 hat zwei Funktionen: Zum einen unterstreicht es die Tatsache, dass die Erläuterung an dieser Stelle beendet ist, zum anderen fordert es zur Reaktion durch die Patientin auf.

Zeilen 130ff.

Die Patientin geht in keiner Weise auf die Erläuterung des Arztes ein, sondern eröffnet ein neues Thema, das den potenziellen Entstehungszeitpunkt der Krankheit betrifft.

Erläuterungen

Dass die Patientin nicht auf die Erläuterung eingeht, hat damit zu tun, dass der ‚Trost' kein unmittelbar wirksamer ist: Zu wissen, dass man nicht alleine ist und nichts für die Krankheit kann, tröstet erst auf lange Sicht, nicht aber unbedingt schon im konkreten Kontext des Gesprächs.

6.7.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

Warum ich?

Ein Thema, das in den Gesprächen immer wieder mal mehr, mal weniger explizit angesprochen wird, ist die Frage ‚Warum ausgerechnet ich?'. Während in einigen wenigen Fällen klare kausale Verbindungen vorliegen (z.B. Rauchen und Lungenkrebs), ist dies in den meisten Fällen einer Krebserkrankung nicht der Fall. Die Krankheit passiert ‚zufällig'. Wenn dies von den PatientInnen nicht erkannt wird, besteht die Gefahr, dass sie sich vom Leben unfair behandelt und gestraft sehen.

Handlungsempfehlungen

- Bei Krebsarten, bei denen keine bekannte Ursache vorliegt, kann es für die PatientInnen hilfreich sein, zu wissen, dass sie nichts falsch gemacht haben, dass nicht ihre Lebensgewohnheiten Schuld an der Erkrankung sind.
- Getreu dem Motto, dass geteiltes Leid halbes Leid ist, kann auch der Verweis auf Prozentzahlen, wie z.B. der Tatsache, dass jeder zweite Mensch an Krebs erkrankt, bei der Verarbeitung der Krankheit helfen: Das Wissen, dass man an einer verbreiteten Krankheit leidet, dass man nicht allein ist, kann tröstend wirken.

(Dass die Patientin nicht unmittelbar auf die Erläuterungen des Arztes reagiert, ist durchaus nachvollziehbar: Der Trost über das Wissen, dass es anderen auch so geht, ist ein vergleichsweise schwacher Trost. Er wirkt erst auf längere Zeit und beugt langfristig einem Grübeln darüber vor, warum es ausgerechnet einen selbst ‚erwischt' hat.)

6.8 Modul 6: ‚Trostprofis'

▶ Kontextinformation

Transkriptausschnitt 6 stammt aus einem Gespräch, in dem der Patientin die Krebsdiagnose eines – wenn auch gut behandelbaren – follikulären Lymphoms übermittelt wird. Das Gespräch nähert sich bereits dem Ende, als der Arzt fragt, ob die Patientin Interesse daran hat, Kontakt mit der Psychoonkologin der Klinik aufzunehmen.

▶ Analytischer Fokus

Auf Grund der begrenzten Zeit, die für Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche zur Verfügung steht, sowie der Tatsache, dass ÄrztInnen in der Regel keine professionelle Ausbildung zu SeelsorgerInnen oder PsychologInnen haben, ist ein Verweis auf externe Beratungsangebote besonders wichtig.

▶ Leitfragen für die Analyse

→ Wie reagiert die Patientin auf das Angebot, Kontakt mit einem Psychoonkologen herzustellen?

6.8.1 Transkript

Transkriptausschnitt 6: „da hätte ma dann unsere psychoonkologin“
GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, AS: Assistenzarzt

```
618  A:  JA_a;
619      (-) und ich WEIß net ob ma:,
620      (-) ob wir LETSCHtes mal schon mal drüber gesprochen ham;
621      wir ham ja auch ne die MÖGlichkeit,
622      (-) SIE_e,
623      (-) was die (.) SEEle,
624      das psychische [beFIN]den betrifft,
625  P:                 [JA_a;]
626      [JA_a; ]
627  A:  [MIT zu] betreuen,
628  P:  JA_a;
629  A:  da würde ma dann unsere psychoonkoLOgin,
630  AS: hm_HM;
631  A:  bitten [(-)][oder mal zu IHnen zu kommen;]
632  P:         [ja;]
633                 [bin   ich   mit   EINverstan]den;
634  A:  ne weil ich [glaub] das isch auch was [ganz WI]CHtiges;
635  P:              [ja;  ]
636  AS:                                       [hm_hm; ]
637  P:  ja;
638      (0.7)
639  P:  und (.) dann hab ich noch EIne frage,
640  A:  [hm_HM;]
641  P:  [weil  ] (.) jetzt vom geWICHT her,
```

6.8.2 Analyse

Zeilen 619-637

Ganz zum Ende des Gesprächs bringt der Arzt das Thema einer psychonkologischen Betreuung ein, was von der Patientin sofort angenommen wird („bin ich mit EINverstanden“; Z. 633).

Erläuterungen

PsychoonkologInnen und auch SeelsorgerInnen haben nicht nur das umfassendere Wissen über Trostarbeit, ihnen steht zudem deutlich mehr Zeit zur Verfügung, um über die Gefühle und Ängste der PatientInnen zu sprechen. Während in den Diagnose- und Therapieplanungsgesprächen Trostarbeit durch die ÄrztInnen zwar äußerst wichtig ist, verhindern der zeitliche Rahmen und auch die jeweilige Ausbildung eine Art der Betreuung, wie sie durch professionelles Personal gegeben werden kann. Trösten darf allerdings nicht vollständig auf diesen Bereich ‚ausgelagert‘ werden – es ist elementarer Bestandteil auch von Arzt-Patienten-Gesprächen.

6.8.3 Potenzielle Problembereiche und Handlungsempfehlungen

professionelle Betreuung durch SeelsorgerInnen und PsychoonkologInnen

Trostarbeit ist in allen situativen Kontexten für die PatientInnen notwendig, sie kann nicht einfach ausgelagert werden auf die ‚ExpertInnen‘ wie SeelsorgerInnen oder PsychoonkologInnen. Dennoch sind diese natürlich die kompetentesten AnsprechpartnerInnen mit dem größten Wissen über Trostpraktiken und Bewältigungsstrategien.

Handlungsempfehlungen

- Trost sollte während der Gespräche an allen Stellen gespendet werden, an denen es sich anbietet.
- Da aber die kurzen ärztlichen Gespräche keine umfassende Trostarbeit zulassen, muss den PatientInnen die Möglichkeit aufgezeigt werden, sich an professionelle BetreuerInnen wenden zu können.

6.9 Abschlussreflexion

→ Haben die Analysen meinen Blick auf meine professionelle Praxis verändern können?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die ich auf der Grundlage der Analysen ggf. revidieren oder modifizieren sollte?

→ Gibt es Ansichten/Eindrücke/Selbst- und Fremdeinschätzungen, die sich durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten bestätigt haben?

→ Welche Aspekte scheinen mir persönlich besonders sinnvoll und vielversprechend für die zukünftige Gestaltung meiner beruflichen Kommunikation?

→ Welche Gesichtspunkte lassen sich besonders gut in mein alltägliches professionelles Handeln integrieren? Welche eher schwieriger? Warum?

7 Literatur

Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (1989): Principles of Biomedical Ethics. Oxford: OUP.

Becker, Maria (2015): Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2015/pdf/therapieplanung.pdf].

Becker-Mrotzek, Michael / Gisela Brünner (2002): Simulation authentischer Fälle (SAF). In: Brünner, Gisela/ Reinhard Fiehler / Walther Kindt (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 72-80. [Online verfügbar unter http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/ diskursforschung/ Band2.pdf].

Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 152-183. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2006/ga-birkner.pdf].

Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fiehler, Reinhard (2001): Gesprächsanalyse und Kommunikationstraining. In: Brinker, Klaus/ Gerd Antos / Wolfgang Heinemann / Sven F. Sager (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1697-1710.

Fiehler, Reinhard / Walther Kindt / Guido Schnieders (2002): Kommunikationsprobleme in Reklamationsgesprächen. In: Brünner, Gisela / Reinhard Fiehler / Walther Kindt (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 12-154. [Online verfügbar unter http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/bruenner1.htm].

Giese, Constanze (2002): Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des ‚Informed Consent' in der Diskussion. Münster: LIT Verlag.

Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: SpIn-Arbeitspapierreihe (Sprache und Interaktion) 73. [Online verfügbar unter: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf].

Irrgang, Bernhard (1995): Grundriss der medizinischen Ethik. München/Basel: Reinhardt.

Koerfer, Armin et al. (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34-78. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-online.de/ heft2008/ag-koerfer.pdf].

Koerfer Armin et al. (2010): Narrative Wissensgenerierung in einer biopsychosozialen Medizin. In: Dausendschön, Ulrich / Christine Domke / Sören Ohlhus (Hrsg.), Wissen in Interaktion. Berlin: de Gruyter, 91-131.

Koerfer, Armin / Christian Albus (2015): Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In: Busch, Albert, Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medinzin. Berlin/Boston: de Gruyter, 116-134.

Koerfer, Armin / Christian Albus (2018): Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/ koerfer.html].

Kupetz, Maxi (2014): ‚Mitfühlend sprechen'. Zur Rolle der Prosodie in Empathiedarstellungen. In: Dagmar Barth-Weingarten / Beatrice Szczepek Reed (Hrsg): Prosodie und Phonetik in der Interaktion – Prosody and phonetics in interaction. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 87-114. [Online verfügbar unter: http://verlag-gespraechsforschung.de/2014/ barth.html].

Lalouschek, Johanna (2007): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von Patientinnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt ‚Schmerzdarstellung und Krankheitserzähung.' [Online verfügbar unter: http://www.gespraechs-praxis.net/PDF/Lalouschek_ Patientenanliegen_Arbeitspapier2_Version04-08.pdf].

Luhmann, Niklas (1973): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Maynard, Douglas W. (1997): The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. In: Research on Language and Social Interaction (30)2, 93-130.

Olesen, Frede (2004): Striking the Balance. From Patient-Centered to Dialogue-Centered Medicine. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 22, 193-194.

Petzold, Hilarion G. (2007): Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte. Materialien aus der Integrativen Therapie. [Online verfügbar unter: www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/ seelsorge_und_glaube/krankheit_und_pflege/.content/.galleries/ethik-medizin-pflege/Vortraege_Seminarunterlagen/ 2009-12-01-Trost-TrostarbeitModelle.pdf].

Pschyrembel (2014): Klinisches Wörterbuch. 266., aktual. Aufl. Berlin/Boston: de Gruyter.

Richard, Claude / Marie-Therese Lussier (2014): The Art of Medical Information Exchange. In: Martin, Leslie R. / M. Robin DiMatteo (Hrsg.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behavior Change, and Treatment Adherence. Oxford: OUP.

Sator, Marlene (2003): Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärztinnen-Patientinnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Magisterarbeit, Universität Wien.

Sator, Marlene / Andreas Gstettner / Birgit Hladschik-Kermer (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor' – Das war's." Arzt-Patienten-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 120, 158-170.

Selting et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, 353-402. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf].

8 Anhang I: GAT 2

Transkriptionskonventionen nach GAT2 (Selting et al. 2009) (Auswahl):

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur:

`[ ]`	Überlappungen und Simultansprechen
`=`	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (*latching*)

Pausen:

`(.)`	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
`(-)`	kurze geschätzte Pause von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
`(--)`	mittlere geschätzte Pause von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
`(---)`	längere geschätzte Pause von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
`(0.5)`	gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer

Lachen und Weinen:

`haha hehe hihi`	silbisches Lachen
`((lacht))((weint))`	Beschreibung des Lachens
`<<lachend> >`	Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite
`<<:-)> >`	„Smile-Voice“, lächelnd/grinsend

Akzentuierung:

`akZENT`	Fokusakzent
`ak!ZENT!`	extra starker Akzent
`akzEnt`	Nebenakzent

Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen:

`?`	hoch steigend
`,`	mittel steigend
`–`	gleichbleibend
`;`	mittel fallend
`.`	tief fallend

Sonstige Konventionen:

`<<hustend> >`	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
`<<all> >`	allegro, schnell
`(solche)`	vermuteter Wortlaut
`(also/alo)`	mögliche Alternativen
`(xxx), (xxx xxx)`	ein bzw. zwei unverständliche Silben
`( )`	unverständliche Passage ohne weitere Angaben

9 Anhang II: Beispieltranskripte

9.1 BG01 – Adenokarzinom

GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patient, E: Ehefrau des Patienten, S: Assistenzarzt

```
001  A:  die ergebnisse untersuchen se schon,
002  P:  ja:;
003  A:  hm_HM,
004      und das ganze soll AUFgenommen werden;
005      hamse schon geDRÜCKT?
006  S:  hm_HM?
007  P:  hm_HM;
008  A:  oh sie HAT schon gedrückt.
009  P:  ja_JA;
010      (0.4)
011  P:  [oKAY;   ]
012  A:  [soll uns] nich STÖren.
013  P:  nö;
014      (0.5)
015  P:  kein proBLEM;
016      (1.0)
017  A:  gut.
018      (2.5)
019  A:  fang ich mal so AN;
020      sie sind geKOMmen nachdem man bei-
021      im rahmen einer unterSUchung,
022      (1.3)
023  A:  bei ihnen auffälligkeiten in der leber entDECKT hat?
024      (0.7)
025  P:  ja.
026      (0.7)
027  A:  ihr hAUsartz hat sie ins RÖNTgeninstitut geschickt,
028      man hat ne comPUtertomographie gemacht,
029      °hhh und man hat DORT gesehen dass-
030      (0.6)
031  A:  IM bereich der leber auffällige,
032      (0.4)
033  A:  verÄNderungen dazustellen sind,
034      und hat damals auch schon den verDACHT (.) gehabt dass-
035      im DICKdarmbereich etwas ist was da nicht hIngehört.
036  P:  ja;
037      hm_HM,
038  A:  ich schrEIbs jetzt mal so wies die leute nor[MA ]lerweis;
039  P:                                              [ja.]
040  P:  ja.
041  E:  ja_JA;
042  A:  für sIch überSETzen.
043  P:  ja.
```

044 A: °hhh und BEI der-
045 (0.4)
046 A: durchgeführten DICKdarm (.) untersuchung,=
047 =hat man tatsächlich eine verENGung,
048 (0.8)
049 A: in der näh:e des ENDdarms oder im-
050 im SIGma wars,
051 geSEHN?
052 °hhh und in dieser verEngung hat man auch gewebsproben ent (.) NOMmen,
053 P: hm_HM,
054 A: und wir ham jetzt die feingewebliche untersUchung (.) dieses präparats beKOMmen.
055 °hhh der pathoLOge,
056 (0.8)
057 beSTÄtigt,
058 den verDACHT,
059 dass eine bösartige erKRANkung (.) vOrliegt.
060 P: hm_HM,
061 (0.6)
062 A: hAtten wir ja (.) im vorfeld auch schon erWÄH:NT,
063 P: [ja-]
064 S: [ja.]
065 P: hm_HM,
066 A: diese information HAM sie,
067 es ist ein sogenanntes aDEnokarzinom,
068 <<pp>ein->
069 (0.8)
070 A: KREBS der-
071 P: HM_hm-
072 A: von (.) DRÜsengewebe auszugehend-
073 es isn TYPisches beispiel eines dIckdarmkrebes.
074 P: hm_HM,
075 (1.8)
076 A: dieser krebs (0.3) führt vor ORT zu einer verEngung des darmlumens,
077 (1.2)
078 P: hm;
079 (1.9)
080 A: und-
081 (0.9)
082 A: ZUsätzlich-
083 (0.8)
084 A: sieht man in der BILDgebung,
085 streuherde in der LEber.
086 (1.0)
087 P: ja;
088 (2.0)
089 A: was bedeutet das für SIE:;
090 (0.6)
091 A: es bedeutet für SIE,
092 (0.7)
093 A: dass man mEHrere behandlungsschritte (.) empFIEHLT;
094 (0.6)
095 P: hm_HM;
096 (0.7)

```
097  A:  der Erste schritt WÄre,
098      (0.5)
099  A:  dass man (.) den URsprungstumor im bereich des dIckdarmes
         entfernt.
100      (0.9)
101  A:  da[zu ] ham wa schon kontAkt mit den chirurgen AUFgenommen,
102  P:    [ja.]
103  A:  ich glaub das ham sie [auch][schon MITgeteilt (.) bekommen,]
104  P:                        [ja. ]
105  E:                              [das ham wa schon MITgekriegt; ]
106  E:  ja.
107  P:  hm_HM;
108      (0.8)
109  A:  die chirurgen sehen_s geNAUso und hAm bereits;
110      eine Operative,
111      (0.5)
112  A:  ein operatives vorgehen (.) termiNIERT,=
113      =und VORgesehen,
114      °h da bekommen sie nen termin MIT.
115  P:  ja-
116      [hm_HM,         ]
117  A:  [sie werden dann] AUFgenommen,
118  P:  ((räuspert sich))
119  A:  man wird DORT des befallene-
120      DICKdarm,
121      (0.5)
122  A:  segMENT,
123      im beREICH des [dick]darms,
124  P:                 [hm- ]
125      (1.1)
126  A:  entFERNen?
127  P:  hm_HM,
128  A:  auch die lYmphknoten die im abstromgebiet SIND,
129      und wird die anderen darmenden wieder zusammenNÄHen,
130  P:  hm_HM,
131  A:  dann ha' brauchen sie ne gewisse zeit bis das verHEILT is,
132      °h und dann gehts dran die: beHANDlung,
133      die ja auch schon in der (.) LEber nachweisbar is,
134      WEIter zu behandeln;
135      (0.5)
136  P:  ja:.
137  A:  [hm_HM,]
138  E:  [°h.   ] wird dann eine KÜNSTliche ausgang oder-
139      kann man des (.) noch NICH sagen:-
140      oder °hhh
141  A:  ich muss jetzt VORsichtig sein weil ich weil kein-
142      ich bin kein chiRU:RG.
143  P:  ja_JA;
144  E:  ja_JA;
145  P:  kl[ar;]
146  E:    [ja_][JA;]
147  A:         [a  ][ber so]weit ICH den befund interpretieren kann
148  E:              [Aber- ]
     A:  und sEhe;
149      (0.7)
```

```
150  A:  wird man in aller REgel,
151      (0.5)
152      KEInen künstlichen [darma ]usgang,
153  P:                     [hm_HM;]
154  P:   ja:,
155      (1.4)
156  A:  ANstreben.
157  P:  [hm_HM.]
158  E:  [hm_HM.]
159  P:  ja,
160  A:  also so wie ICH die erkrankungen kenne,
161      verSUCHT man,
162      (0.5)
163  A:  die beiden Endstücken [zuSAMmenzunähen-]
164  P:                        [(xxx xxx xxx)-  ]
165      (0.3)
166  P:  hm_HM,
167      (0.5)
168  A:  es HÄNGT son bissl drauf:-
169      [äh davon         ] AB (.) wie:-
170  P:  [((räuspert sich))]
171      (0.7)
172  A:  der SItus is.=
173      =wie: (.) der BAUCHraum aussieht;
174      [ob dort] eventuell verWACHsungen sind,
175  P:  [ja:.   ]
176  A:  oder irgendwelche TECHnischen gründe dafÜr [spr][echen,]
177  P:                                             [ja.]
178  P:                                                  [hm_HM,]
179  A:  dass man das nicht gUt genug zusammennähen KÖNnte?
180      Oder dass man sagt,
181      °hh man näht es zuSAMmen,
182      aber man WEIß nich ob des-
183      (0.8)
184  A:  [(halt) gut HEILT,            ]
185  E:  [nee;=also das kann man net vo][RAUS; ]
186  A:                                 [sodass] man aus VORsichtig,
187       äh aus VORsichtsgründen mal-
188  P:  [((unverständlich))]
189  A:  [KURZzeitig        ] einen-
190      (.) KÜNSTlichen ausgang macht;=
191  A:  [=damit der] stUhlgang nicht über die frische WUNde durch
192  P:  [hm:,      ]

     A:  [läuft.]
193  P:  [ja:.  ]
194  E:  [hm:,  ]
195      (0.6)
196  A:  aber das ist NICHTS was ich jetzt von vOrnherein als-
197      (0.7)
198  A:  [SIcher, ]
199  P:  [geGEben;]
```

```
200  A:  [oder     ] auch als hochwahrSCHEIN [lich         ]
201  P:  [ja.      ]
202  P:                                      [<<acc>ja_JA;>]
     A:  [(0.3) seh;=]
203  E:  [hm_HM,     ]

204  P:  [schön;]
205  A:  [=son  ]dern Eher,
206      dass es Ohne-
207      KÜNTlichen;
208  A:  [darmausgang     ][GEHT.]
209  P:  [(das wär SCHÖN);]
210  P:                   [hm,  ]
211  E:  hm_HM.
212  P:  ja.
213  E:  hm_HM;
214  A:  ja?
215      (1.6)
216  A:  es [SITZT] auch-
217  P:     [gut, ]
218      (0.4)
219  A:  von der beschreibung her HÖher.
220  P:  HM_hm;
221  A:  nicht [am   ] ENDdarm sonder[n-]
222  P:        [(xxx)]
223  P:                              [so][n bissl HÖher;]
224  E:                              [j ][a si'         ]

         [so hatte unsere Ärztin][auch] verMUtet [aber; ]
225  A:  [im Oberen bereich;    ]
226  P:                          [ja- ]
227  P:                                          [hm_HM,]
228      (0.3)
229  P:  ja.
230      (1.1)
231  A:  ja.
232      (1.2)
233  A:  [gut.]
234  P:  [und ] an' und ANschließend dann was:-
235      äh:-
236      (0.2)
237  P:  äh:-
238      (0.8)
239  P:  [(was is vor)-            ]
240  A:  [wir werden es SO machen,=]
241      =WENN sie operiet sind?
242  P:  hm_HM,
243      (0.4)
244  A:  werden sie nochmal in einem gemeinsamen TUmorboard
         vorgestellt,
245      wo die FÄLle,
246      (0.7)
247  A:  von den verschiedenen FACHrichtungen der medizin gemei'
248      all'-
249      allgemein beSPROCHen werden?
250  P:  hm_HM,
```

```
A:  DORT wird mit höchster wahrscheinlichkeit,
    dann eine systemische theraPIE rauskommen,
    das heißt eine CHEmotherpie;
P:  hm_HM;
    ja.
A:  die man anschließend MACHT.
    (0.4)
P:  IST des äh kann man die jetz so:-
    geZIELT auf die äh:-
    LEber machen=odEr::-
    de‘-
    (.) generell über den GANzen körper;
    sodass der GANze:-
    KÖRper mit-
    <<lachend>involVIERT wird,>
    (0.4)
A:  IN der regel macht man-
    dOrt eine sysTEmische therpie,
P:  hm_HM,
    (0.6)
A:  äh (1.2) HAT auch den vorteil-=
    =dass nicht nur die LEber behandelt wird;=
    =sondern eventuell auch LYMPHknoten,
P:  ja:,
    hm_HM,
A:  die man nicht hat MIT entfErnen können;
P:  hm_HM,
A:  man MACHT dort-
    (0.5)
A:  WENN es,
    also (.) von der wahrSCHEINlichkeit her,=
    [=eher ] ne systEmische therapie wie ne loKAle thera[pie.]
P:  [hm_HM,]
P:                                                      [ja:,]
P:  hm_HM,
    (1.2)
A:  das BILD,
    (.) ZEIGT,
    dass die leber in verSCHIEdenen,
    [(-) be]REI [chen; ]
E:  [hm.   ]
P:              [ja_JA-]
E:              [hm_HM,]
A:  über die ganze leber verTEILT veränderungen [hat,]
P:                                              [hm.=]
P:  =ja_JA,
    (0.4)
A:  und in dem FALL,
    behandelt man sysTEmisch.
    (0.5)
P:  hm_HM.
    (0.5)
P:  <<leise> gut.>
```

```
304  E:  und ÄHM,
305      h° wie: wie LANG nach der op fängt diese:-
306      °hh therapie AN?
307      äh °hhh
308  A:  WENN die operation-
309      (0.6)
310  A:  proBLEMlos (.) Abläuft;
311  E:  ja-
312  A:  und die wUnd [heilung] gut vonSTATten geht,
313  P:               [hm_HM, ]
314      (0.9)
315  A:  geh ich mal so UNgefähr von-
316      (0.8)
317  A:  circa sechs bis ACHT wochen;
318  E:  da[NACH;]
319  A:    [PAU  ][se.]
320  P:           [hm.]

321  P:  [hm_][HM,]
322  E:  [PAU][se;]
323  A:       [PAU][se.]
324  P:            [ja.]
325  E:            [zum] erHOlen;
326      (0.7)
327  A:  vor allem die wUndheilung sollte [halt SI]cher [von]statten
328  P:                                   [HM_hm; ]
329  P:                                                  [ja.]
     A:  gehen;
330  E:  hm_HM;
331  A:  das sind so ZEIten,=
332      =die kann ich momentan nur ABschä[tzen;]
333  P:                                   [ja;  ]
334  E:                                   [ja;  ]
335  E:  das [is   ] KLAR dass jetzt nicht nur so für U' für UNS etwa
336  P:      [klar;]
     E:  zu wIsse,
337  P:  (xxx xxx)
338  E:  [was:-   ]
339  A:  [ja:_ähm,]

340  E:  [was erWARtet,        ]
341  A:  [(xxx xxx xxx xxx xxx)]
342      aber RICHtig entscheiden tut es sich dAnn,
343      nach [der operaTIO:N,]
344  E:       [ja (.) ja_JA-  ]
345      [das IS:-]
346  P:  [ja_JA kl][ar;]
347  A:            [je ] nachDEM,
348  E:  das is oKE:;
349  A:  wie GUT er durch die operation dUrchkommt,
350  E:  ja.
351  A:  kann sich das mAl (.) verZÖgern,=
352      =oder kann es auch beSCHLEUnigen?
353  P:  ja.
354      [hm_HM-]
355  E:  [hm_HM;]
356      hm_HM;
```

```
A:  es IMmer so;
    wenn es komplikatiOnslos DURCHläuft,
    versucht man so schnell wie MÖGlich,
    die therapie zu beGINnen;
P:  ja:.
E:  hm_HM;
A:  das ist eigentlich die Überschrift;
E:  ja JA;
    [ja_JA.   ]
A:  [die systE]mische therpie so früh wie möglich zu beGINnen,
    (0.8)
    EINfach,
    (0.6)
A:  UM dem tumor nicht die zEIt,
    (.) zu lassen [sich noch WEIter aus][zu ]brei[ten;]
E:                [sich sich WIEder,   ]
P:                                      [ja.]
E:                                               [ja. ]
P:                                               [ja_ ]JA,
P:  [KLAR;]
E:  [JA_  ]ja;
P:  ja:,
E:  ja KLAR;
A:  wir HAM sie ja durch:-
    (.) die computertomographie DURCHgeschoben,
P:  hm_HM,
A:  haben auch den: (.) LUngenbereich angeguckt,
    da sieht man keine KRANK[heit?]
P:                          [ja,  ]
P:  hm_HM,
    (0.6)
A:  momentan entdecken wa sie in der LE:ber?
P:  hm_HM,
A:  LYMPHknoten die vergrößert sind,
    und der URsprungstumor?
P:  ja:,
A:  eigentlich[müsst] ich_s ANdersrum sagen,
P:            [hm,  ]
A:  [UR    ]sprungstumor,
P:  [hm_HM;]
A:  LYMPH[knoten;   ]
P:       [(xxx xxx);]
    (0.6)
A:  und [die LEber,    ]
P:      [(xxx xxx xxx),]
P:  ja,
    hm_HM,
    (1.0)
A:  ne WEItere streuung haben wa noch nIch gesehen,
    (0.9)
A:  und je WEIter dass es streut;=
    =desto kompliZIERter [könnte es ][werden;]
P:                       [wird_s;   ]
P:                                   [ja_JA; ]
P:  <<p>ja.>
E:  ja:;
```

```
P:  JA da muss man ja so-=
    =schnell wie MÖGlichdann;
    DRAN [gehen;]
A:       [ja?   ]
P:  alles KLAR,
    (0.4)
E:  und dIEse äh CHEmotherapie,
    die wird mehr oder weniger ambuLANT gemAcht;
    (0.7)
A:  heutzutag KAnn man;
    den GRÖßten teil dieser chemotherapie ambulant;
    (1.0)
A:  DURCHführn?
P:  hm_HM,
    (1.1)
A:  das WIRD dann höchstwahrscheinlich eine kombinatIOn,
    von verschiedenen chemotherapeutika WERden?
P:  hm_HM,
    (0.4)
S:  hm_HM,
    (1.4)
A:  man' es gibt REIN,
    (0.4)
    REIne schemata wo_s-
    nur infuSIOnen gibt,
    es gibt auch MISCHungen mit infusionen und tablEtten,
    °hh [das wird man] dann mit ihnen beSPRE[chen;]
P:      [hm_HM,      ]
P:                                          [ja.  ]
P:  hm_HM;
A:  HÄNGT so davon ab [wIE sie,]
P:                    [HM_hm;  ]
E:  (xxx)
    [(xxx)]
A:  [ih   ][ren tAg (.)] geSTALten wol[len,]
P:         [ja_JA.     ]
P:                                    [ja. ]
A:  und [wie lange]sie die infusionen WOLlen,
P:      [ja_JA.   ]
P:  hm_HM?
A:  wenn mans kontinuIERlich als infusion gIbt,
    dann (.) hängen sie ungefähr ACHTunvierzig stunden,
    an (.) so einem geRÄT[chen;=]
P:                       [ja-   ]
A:  =mit dem man spaZIEren gehen kann.
P:  ja;
    hm_HM,
A:  wenn man tablEtten nimmt kann man das ABkürzen,
    (0.7)
A:  <<acc> (ao) es hat [AL ]les seine vor
P:                     [ja.]
A:  [und nAchteile>;          ]
P:  [<<acc>vor und nachteile,>]
A:  ich glaub das ist jetzt NICHT [der zeitpunkt,       ]
E:                                [das ist noch zu FRÜH,]
```

```
467  E:  [ja DES ist nUr (.) damit;                          ]
468  A:  [<<lauter werdend>wo man das jetzt schon beSPRICHT,>]
469  E:  ja [NEE,             ]
470  P:     [((räuspert sich))]
471  P:  [(xxx xxx xxx xxx) ]
472  E:  [(in der) EINzelhei]ten ist es noch zu [früh,=]
473  A:                                         [das-  ]
474  E:  =das ist [KLAR;    ]
475  P:           [(xxx xxx)]
476  P:  ((unverständlich))
477  E:  °hh [aber  ] nur dass man en BISS[le weiß,]
478  A:      [hm_HM,]
479  A:                                   [hm_HM,  ]
480  A:   hm_HM;
481  E:  was uns erWARtet in:-
482      (0.3)
483  A:  hm_HM;
484  E:  <<mit brüchiger Stimme>in kommendem JAHR;>
485  P:  ((unverständlich, 1.7))
486      (0.6)
487  E:  ja:;
488  P:  klar,
489      kann man nix MAchen;
490      (0.7)
491  P:  IS halt so.
492      (0.7)
493  P:  [ja.    ]
494  A:  [°hh ja;]
495  P:  sechs wochen (IST so) naja:;
496      hm_HM,
497      (1.3)
498  E:  oKAY;
499  P:  gu:t;
500  A:  sie HAM ja schon einen termIn?
501      bei den chir[UR ][gen?]
502  P:              [ja;]
503  S:              [hm_][HM, ]
504  A:  AM?
505  S:  ähm am VIER[zehnten,=]
506  P:             [(ZEHN)   ][(ten);]
507  S:                        [=das  ] is_n FREItag-
508      zur AUFnahme,=
509      =sIEbzehnter elfter dann die oPE;
510     (0.5)
511  P:  hm_HM;
512  A:  [da sind sie BIS weihnachten] zu h[aus;]
513  P:  [°hhh                        ]
514  P:                                    [ja; ]
515  P:  hhh° [zu WEIHnach][ten;]
516  E:       [ja_JA,     ]
517  E:                    [so  ] lang bleibt der NIT nach der o[pe ]
518  A:                                                         [hm?]
     E:  oder?
```

```
E:  °hhh so lang bleibt (.) der NICHT im krankenhaus;=
    [=nach der oPE;]
A:  [wenn des kom  ][plikaTIONSl'-]
E:                  [°hh          ]
A:  IMmer da' (.) von-
    [dass] [nichts daZWIschen] [kommt. ]
E:  [ja; ]
E:         [DES is-          ]
E:                             [(.) des] [is SI ]CHER;
P:                                       [ja_JA.]
P:  [(xxx xxx xxx xxx xxx)]
E:  [des weiß man NIE;    ]

E:  [aber  ] wenns GUT-
P:  [ja_JA;]
E:  (0.8) davon [geht man ][erst mal         ] AUS [(einfach);   ]
P:              [ja_JA.   ]
P:                          [((räuspert sich))]
A:                                                 [momentan HEU-]
A:  HEUTzutag heißt_s so schnell wie mÖglich wieder raus;
P:  ja_JA;
    [a_KLAR (xxx);     ]
A:  [ins normale LEben;]
P:  Aber-
    (--) bis jEtzt ging alles GUT ja;
    (0.6)
A:  [und sie sind ja] anSONSten gesund;
P:  [(xxx xxx)      ]
P:  ja,
    (0.6)
A:  gesUnd und fit und LEIStungsfähig,
    und (--) wenn des DANN den-
    (0.5)
A:  HÄUfigen,
    al[so,]
P:    [hm;]
P:  ja.
A:  dann als normAl zu bezeichnenden WEG [geht, ]
P:                                       [hm_HM;]
A:  SIND sie-
    (0.7)
A:  innerhalb KÜRzesch[ter] zeit wieder draußen;
P:                    [ja;]
A:  [wenn] NICHTS unvorhergesehenes [passiert;    ]
P:  [hm. ]
P:                                  [das ist KLAR;]
P:  das ist KLAR.
    (0.3)
E:  °hh ähm des gibt verschiedene KREBSarten,
    hab ich mir SAgen lassen,
    av' verschiedene GRAD der-
    (0.4)
E:  der erKRANKung oder de-
    des KRE[BS,]
A:         [°hh]
E:  °hhh [äh-]
A:       [er ] hAt ein aDEnokarzinom.
    (0.6)
```

```
576  E:  und WAS:-
577  A:  das ist der STANdardtumor.
578      der hÄUfigste tumor,
579      (0.4)
580  A:  im DARMbereich.
581  P:  hm_HM.
582  E:  hm_HM;
583      (0.7)
584  E:  oK[E,]
585  A:    [ü ]ber den Ich jetzt auch geSPROchen habe;
586  P:  [hm_HM;]
587  E:  [hm_HM;]
588  P:  hm_HM;
589      (0.5)
590  P:  aHA,
591  A:  und weil sie_s vom AUSbreitungsgrad haben,
592      da meinen sie sicherlich den strEUgrad über den KÖRper?
593  E:  ja oder die TIEfe des-
594      es soll verschiedene TIEFwerte beim-
595      (0.4)
596  A:  da MEInen sie,
597      (0.4)
598  A:  poLYpen,
599      (0.7)
600  A:  die mehr oder minder krAnk sind und in die DARMwand einwachsen;
601  P:  hm_HM,
602  E:  kann [SEIN ] ja:;
603  P:       [(xxx)]
604  P:  hm_HM,
605      [(ja)-]
606  E:  [des::][IS:- ]
607  A:         [is::-]
608  E:  [(das)-]
609  A:  [das   ]ist schon überSCHRITten;
610      weil es schon geSTREUT hat;
611  E:  achSO;
612  P:  [hm_HM;]
613  E:  [oKE.  ]

614  P:  [ja.]
615  E:  [hm_]HM;
616  P:  hm_HM,
617  E:  [gut;]
618  A:  [ja? ]
619  E:  ja-
620      (1.6)
621  P:  oKAY,
622      (0.6)
623  P:  und ((räuspert sich))
624      meine ärztin muss mich jetzt dann überWEIsen?
625      oder wie WAR das [jetzt?]
626  E:                   [(ein) ]
627  S:                   [sie   ] brauchen nen EINweisungschein;
```

```
628  S:  den gibt sie ihnen dann MIT;
629      für den tag wo se [KOMmen;]
630  P:                    [sie-   ]
631  P:  die [weiß a]ber was sie da (.) DRAUF zu [schreiben hat;]
632  S:      [hm_HM?]
633  S:                                          [ja_ja das WEIß]
         sie dann.
634      steht ja auch alles im [BRIEF;]
635  P:                         [oKE;  ]
636  P:  JA äh-
637      SIE schicken das ih:r-
638  S:  nee sie KRIEgen jet[zt gleich        ][einen    ][mit;]
639  A:                     [sie kriegen (xxx)][(xxx xxx)][MIT;]
640  P:                                         [achSO-   ]
641  P:  okE;=
642      =krieg ich nen brief MIT;
643      [JA weil-]
644  A:  [und der ] VORläufige,
645      unterscheidet sich vom-
646  P:  hm_HM;
647  A:  ENDgültigen,
648      MEIST nur durch zwei Unterschriften;
649  P:  ja_JA;
650      hm_HM,
651  A:  die auf dem vOrläufigen FEHlen;
652      [hehe- ]
653  P:  [ja JA.]

654  P:  [hehe- ]
655  E:  [hm:-  ]
656  P:  nä weil se jetzt (.) grad im URlaub ist;
657      sie KOMmt ähm-
658      am SAMStag zurück;
659      s is auch grad in AFrika;
660      ((lacht))
661  A:  sie bekommen den DURCH[schlag][mit?]
662  P:                        [ja;   ]
663  P:                                [ja, ]
664  P:  ja:-
665      hm_HM,
666      alles KLAR,
667      °hh
668  A:  dann können sie EInen,
669  P:  ja,
670  A:  der HAUSärztin abgeben-
671  P:  hm_HM,
672      (0.4)
673  A:  EInen können sie auch bei sIch behalten;
674  P:  ja_JA-
675      okE;
676      (0.9)
677  P:  gut;
678      (1.5)
```

```
P:  dann (.) weiß ich jetzt beSCHEID,
    (0.9)
E:  [ham wa SCHON- ]
A:  [(xxx xxx xxx)-]
E:  schon so gut wie geWUSST,
P:  [ja:-]
E:  [also] verMUtet-=
    =das [war     ] (so n'/schon) so gut wie KLAR;
P:       [(vermu)-]
P:  [ja_JA:-   ]
E:  [(xxx) des-]
P:  (aber des:)-
    ja.
E:  des war GANZ:-
    °hh kalte DUsche vor-
    viezehn TAge aber,
P:  [(ja), ]
E:  [jetzt-]
P:  jetzt: WISsen wa_s-
E:  is: ja ge' wie wenns beSTÄtigt ist,
    dann WEIß man das,
    [und dann][kann ma] besser mit UMgehe;
A:  [hm_HM;  ]
P:           [(xxx)- ]
P:  ja_JA;
    (1.1)
E:  es: (.) bleibt nix anders ÜBrig;
    (1.2)
P:  oKE,
    (1.6)
P:  ich hab [SONST-]
A:          [gibts ] noch FRAgen [ihrerseits?]
P:                               [nee:,      ]
E:  im moMENT nich,
P:  im moMENT nicht;=
    =nein;
    (0.5)
E:  es WIRD vielleicht-
    (1.1)
P:  zuHAUse;
    wenn wir zuHAUse sind;
A:  es werden noch fragen AUFtauchen;
P:  [KANN man-]
A:  [noTIEren ] se sich-
    °h sie sind ja NICH,
    komplEtt aus der medizin [DRAU]ßen;
P:                           [ja. ]
P:   ja_JA;
    (0.7)
E:  geNAU;
A:  [und   ]dann kann man sie immer wieder STELlen;
P:  [hm_HM-]
A:  ja?
P:  klar,
    alles KLAR;
E:  ja;
A:  gut-
P:  oKE;
E:  gut.
```

9.2 BG02 – Non-Hodgkin-Lymphom

Gesprächsteilnehmer: A: Arzt, P: Patient, S: Assistenzarzt

```
001  S:  ach sO der LIEGT-
002      (--)
003  S:  müsste noch DA: (sein);
004      ((rascheln; 5 Sek.))
005  A:  °hh gEhts denn mittlerWEIle;
006  P:  HM?
007  A:  wie GEHTS ihnen denn mIttlerwEile;
008  P:  eigentlich ganz GUT soweit.
009  A:  was machen ihre beSCHWERden,
010      ihre RÜ[ckenschmerzen,  ]
011  P:         [BESser geworden.]
012      [JA. ]
013  A:  [spon]TAN?
014      oder haben sie irgendwas dagegen geMACHT.
015  P:  ich hab NICHTS gmAcht-
016      ich nehm dEs ein was von euch (fer de) VORgegeben worden ist-
017  A:  mit SCHMERZmitteln.
018  P:  mit den SCHMERZmitteln.
019       [JAja.]
020  A:  <[oKAY.] <behaucht>>
021  P:  hab sonst nichts geMACHT.
022      also sind (.) WEsentlich besser geworden.
023  A:  ich würd gerne noch mal mit IHnen des ergEbnis von der
         fEinnadelpunktion be[sprEch]en,
024  P:                      [JA.   ]
025      hm_HM,
026  A:  und in der GLEI:chen-
027      (--)
028  A:  äh GLEIchen situation auch noch mal über die bedEutung (.)
         [des be]fUndes mit ihnen besprechen;
029  P:  [hm_HM,]
030      [hm_HM, ]
031  A:  [und was] das als konseQUENZ hat.
032  P:  JA.
033  A:  (ne,)
034      °hh sie sind ja noch vor den feiertagen punkTIERT worden,
035  P:  JA.
036  A:  und (.) wir ham mittlerWEI:le- (.)
037      des ergEbnis des pathoLOgen,
038      die fEingewebliche unterSUchung.
039  P:  hm_HM,
040  A:  und er FINdet,
041      (--)
042  A:  IN (.) dem stück gewEbe,
043  P:  ja,
044  A:  eine (.) erKRANkung,
045      (1.0)
046  A:  aus dem (.) fOrmenkreis der lymPHOme.
047  P:  hm_HM,
048  A:  mit dem werden sie wAhrscheinlich nicht viel ANfangen
         [können.   ]
049  P:  [nEin NICHT] so viel.
050  A:  °hh sie haben WAHRscheinlich schon etwas über lYmphknoten
         gehört.
```

051 P: JA:,
052 ich hab jetzt ein bissel gero geGUCKT,
053 muss ich (se ehrlich) SAgen;
054 A: manchmal hat man auch von lYmphZELlen-
055 (--)
056 A: [geLERNT.]
057 S: [((hustet))]
058 A: lYmphzellen die im BLUT schwimmen,
059 lymphzellen die: (.) son bissel was mit der körpereigenen ABwehr (.) zu tUn haben;=
060 =und da ihre AUFgabe ham.
061 P: HM_hm,
062 A: °hh UND-
063 (1.0)
064 A: die ZELlen,
065 (-)
066 A: die bei ihnen die krankheit AUSmachen-
067 (---)
068 A: geHÖren zu den lymphatischen zEllen,
069 P: HM_hm,
070 (--)
071 A: die (.) wenn sie geSUND sind,
072 (-)
073 A: dafür äh (.) DIEnen-
074 den körper gegen FEINde,
075 GEgen-
076 (--)
077 A: VIren und Andere [(.) stoffe Abzuwehren,]
078 P?: [((lautes Ausatmen/Pusten))]
079 A: und in IHrem fAlle,
080 (-)
081 A: KOMMT es zu einer (.) krAnkhaften vermEhrung,
082 von solchen KRANken [zEl]len,
083 P: [ja.]
084 A: und die ham sich bei IHnen,
085 (-)
086 A: BREIT gemacht,
087 (--)
088 A: im beREICH von der-
089 (--)
090 A: WIRbelsäule,
091 von dem KNOchen,
092 [und haben AUCH,]
093 P: [(KREUZXXXXXX wahrscheinlich] wieder-)
094 A: und haben AUCH-
095 P: hm_HM,
096 A: AUßerhalb von dem knochen,
097 ne KLEIne,
098 (--)
099 A: sag ich mal geSCHWULST hinterlassen.
100 P: ja;
101 A: °hhh diese geschwulst ist punkTIERT wOrden-
102 P: hm_HM.
103 A: in dieser geschwulst drin hat man diese krAnkhaften (.) lymphoZYten gefunden,
104 der NAme der krankheit ist eine-
105 (--)
106 A: sOgenanntes non HODGkin (.) lymphOm.
107 P: hm_HM,

A: mit dem begriff werden se nicht viel ANfangen können-
P: so arg viel NICHT.
A: der name HODGkin kommt von einem Erstbeschreiber dieser erkrAnkung,
(1.0)
A: von vor vIelen vIelen JAHren,
das war ein herr HODGkin,
°hh und der hat (.) BEIspielhaft,
krankhafte lymphknotenerkrAnKUNGen.
beSCHRIEben.
P: hm_HM-
A: °h über die jAhre hinweg hat man festgestellt dass es nicht
(.) EIne krankheit ist,
die des MACHT,
(--)
A: SONdern es-
es gibt verSCHIEdene fOrmen von krankhe hEiten die das machen können,
so dass man auch ne entscha? (.) unterSCHEIdung hat-
zwischen (.) ly ly äh HODGkin lymphOmen,
und NICHT hOdgkin lymphomen.
P: und ich hab jetzt HODGkin.
A: sie haben ein NICHT [hodgkin lymphom.]
P: [NICHT hodgkin.]
A: [ein (.)] NON hodkgin.
P: [oKAY.]
oKAY,
°hh und DArunter- (.)
gibts auch wieder VIEle verschiedene Untergruppen,
(1.2)
P: und (.) ein sehr HÄUfiges bild,
ist das FOLlikuläre non hOdgkin lymphom;
P: hm_HM,
A: es ist so ne beSCHREIbung der patholO:gen-
lymphknoten werden in verschiedene beREIche, (.)
AUFgeteilt-
und von FRÜher;
hat man dann geSAGT,
die zellen erinnern Eher;
an zEllen die im follIkelzentrum (.) VOR[kOmmen.]
P: [hm_HM,]
A: da gibts ne MANtelzelle;
es gibt ne margiNALzone;
(--).
A: (äh) MANtelzone;
margiNALzone;
bei IHnen (.) gEht_s davon aus,
das ist Eigentlich-
(---)
A: für SIE wenig bedeutend.
P: hm_HM,
[((Patient atmet tief ein))]
A: [ENDgültig sagt der patholOge] es handelt sich um ein
follikulÄres non hodgkin lymphom-
P: hm_HM.
A: grad ZWEI.
P: grad ZWEI.
A: <sehr leise <hm_HM;>>
die graduIerung ist auch wieder ne FEINunterteilung.
P: ja.
ich hab (fast) nur GHÖRT-

```
165      es ge würde vier STÜCK gEben;
166      hab ich geLEsen.
167  A:  es gibt STAdien,
168      und es gibt graduIErungen.
169      (--)
170  P:  hm_HM,          ]
171  A:  und je nachdem WELche- (.)
172      klAssifikation sie ANkucken,
173      gibts unterschiedliche (.) FEIN (.) Einstufungen.
174      °h es ist zu akaDEmisch. ((lacht)).
175  P:  ja ES-
176  A:  sie ham ne erkrAnkung die bei IH:nen-
177      (--)
178  A:  insbesondere auf den KNOchen bezogen ist.
179      und im knOchen tuts auch WEH.
180  P:  hm_HM-
181  A:  °hh und bei ihnen ISses so dass wir kEine (.) Auswirkungen
         auf lYmphknoten gefunden haben, (.)
182      und keine ausdehnung ins knochenMARK.
183      so dass es Eigentlich beschränkt ist in dem bereich UNten.
184      (--)
185  P:  hm_HM,
186  A:  in der BILDgebung leuchtet es auch noch in Andern
         wirbelkörpern leicht Auf,
187      aber das sieht man nur in der BILDgebung,
188      da ham sie keine beSCHWERden;
189  P:  hm_HM,
190  A:  °hh so dass momentan die frage IS-
191      hh welche behandlungsstrategIE.
192  A:  Ist (.) die (.) BESsere.
193  P:  hm_HM-
194      (--)
195  A:  man kann (.) eine sysTEmische behandlung machen,
196      mit CHEmotherapie,
197      (--),
198  P:  ja,
199      (1.5)
200  A:  FLÜSsiger chEmotherapie,
201      (1.0) -
202  A:  °h O:der,
203      man kann auch ne beSTRAHlung mAchen.
204      (--) °hh
205  P:  hm_HM,
206  A:  °hhh
207      in DEN situatiO:nen;
208      wo (.) die erkrAnkung (.) beHANDlungsbedürftig is.
209      und eher an EIner stelle is.
210      (1.5)
211  A:  empfiehlt man zumEist eine beSTRAHlung.
312      IN dem bereich.
213  P:  hm_HM-
214  A:  dort hat man eine lokale AUSwirkung,
215      auf den beZIRK,=
216      =aber nicht auf den ganzen KÖRper,
217  P:  hm_HM.
218  A:  und erSPART sich praktisch resErven;
219      CHEmotherapie wirkt halt-
220  P:  in AL[les rein. ]
221  A:       [in anderen] ZOnen [auch.]
```

```
222  P:                          [ja-  ]
223      hm_HM,
224  A:  [wenns MEHR ist,   ]
325  P:  [((atmet tief ein))]
326      (--)
327  A:  [gibt man Eher chEmotherapie;]
328  P:  [((atmet tief aus))          ]
329      [hm_HM,       ]
230  A:  [wobei man mit] cheo chEmotherapie diese krankheit nicht z
         (.) zum zur HEIlung bringen kann.
231      °h sondern NUR zum zurück-
232  P:  (DRÄNGT-)
233      [zurÜckDRÄN]gen,
234  A:  [DRÄNgen,  ]
235      zum STILLstand und auch zu ner-
236      mehr oder minder langen kranheitsfreien ZEIT,
237      aber (.) kontrOlle muss LAUfen,
238      und man muss damit rEchnen dass die krankheit wIederkommen
         KÖNnte.
239  P:  hm_HM,
240      (--)
241  A:  °hhh mit ner beSTRAHlung-
242      wenns nur an EInem ort wär-=
243       =HÄTten sie auch die chAnce dass es wegbleiben könnte,=
244      =bei ihnen gibts noch zwei stellen die AUFleuchten-
245      (--)
246  A:  kann sein dass die auch mal irgendwann ein proBLEM machen.
247      ich hab momentan so: (.) des EINschätzproblem.
248  P:  hm_HM-
249  A:  mach ich ne ko (.) lokAle bestrahlung da UNten,
250      und geb ihnen dann erst mal therapiefreie zeit und wir
         beObachtens?
251  P:  [hm_HM-]
252  A:  [°hhh  ] und geGEbenenfalls wenns woanders auftritt-
253      kann man sich IMmer noch überlEgen ob man ne systEmtherapie
         macht,
254  P:  hm_HM-
255  A:  oder mache_ma GLEICH ne systemtherapie;
256  P:  hm_HM;
257      ((Patient atmet [tief ein und aus))                  ]
258  A:                  [also ICH (.) hätte sie (.) gErne den] (.)
         strAhlentherapeuten noch mal vOrgestellt,
259      die sollen sich die BILder ankucken,
260  P:  hm_HM,
261  A:  die wissen dann AUCH-
262      (--)
263  A:  wie viel AUSwirkungen die bestrahlung auf sie hAt,
264  P:  hm_HM,
265      [°hh ja DIE-]
266  A:  [ob da VIEL ] (.) AUSwirkungen und nEbenwirkungen
         [für sie zu erwarten sind] oder nicht.
267  P:  [((also XX XX-))         ]
268      weil sie SAgen äh-
269  S:                [((hustet)) ]
270  P:  da verMUT ich [jetzt mal;-]
271      dass (man/mir) die bestrahlung sag ich mal drumherum auch was
         (.) °hh gesUndes kaPUTT macht.
272      [sag ich jetzt mal SO. ]
273  A:  [geSUNdes nicht kaputt;]
```

```
274      nein.
275      nein.
276      geSUNdes wollen se nIcht kapUtt machen.
277      sie bestrAhlen mit ner SIcherheitszone außenrum,
278      im [fall wenn] DORT noch,
279  P:     [oKAY,    ]
280      (-)
281  P:  und wo:_sch [jetzt da des problEm da we  wenn man in ]
282  A:              [mikrosKOpisch (gleich) krAnkheiten sind,]
     P:  richtung beSTRAHlung denkt?
283      (--)
284  A:  ((atmet durch die Nase aus))
285  P:  weil sie doch [SCHWANken;     ]
286  A:                [mit ner bestrah]lung wirken sie lokAl auf EIne
         stelle.
287  P:  JA?
288  A:  °h
289      (2.0)
290  P:  [(die) kriegt man] die den nicht zur HEIlung,
291  A:  [MIR gehts darum-]
292  P:  oder oder v wie verSTEH ich des jetzt;
293  A:  ne: des proBLEM is-
294      (--)
295  A:  was macht die ZUkunft.
296  P:  ((lacht kurz und leise))
297  A:  mach ich ihnen jetzt SECHS mal chEmotherapie,
298      des kostet sie UNgefähr,
299      (--)
300  A:  VIER bis fünf mOnate,
301  P:  hm_HM,
302  A:  wo sie immer wieder CHEmotherapie bekommen;
303      wo sie komplikaTIONSmöglichkeiten haben,
304      und [AUSwir]kungen (.) [davon] hAben,
305  P:      [hm_HM-]           [ja,  ]
306      ja,
307      (--)
308  A:  °hh Oder mach ich jetzt ne bestrA:hlung,
309      (-)
310  A:  kostet sie weniger ZEIT,
311  P:  hm_HM,
312  A:  es ist etwas was zwei bis drei wochen DAUert,
313      und sie ham_n lokalen beFUND.
314  P:  hm_HM,
315  A:  wenn sie mit der beSTRAHlung nach zwei bis drei wochen rUm
         sind.
316  P:  hm_HM,
317  A:  der lokalbefund ist (.) ANgenehm °hh stabIl-
318      und ansOnsten hat die krankheit drei jahre RUhe;
319      (--)
320  A:  dann haben_se mit WEnig aufwand.
321      DREI jahre gewonnen.
322  P:  hm_HM,
323      (1.0)
324  A:  mit chEmotherapie brauche ich LÄNger,
325      (--)
326  A:  hab ANdere nebenwirkungen;=
327      =hab-
328      [für SIE wahrscheinlich sogar die schlImmeren nebenwirkungen,]
329  P:  [hm_HM.    also des is jetzt n ABwägen.      des is jetzt   ]
```

```
        ne abwägerEI.
330  A: hm_HM, ((atmet durch die Nase aus))
331  P: jetzt (.) ne [FRAge.]
332  A:              [und es] könnte sEin dass ich mit chemotherapie
        ne Übertherapie mach.
333  P: oKAY;
334     °hhh jetzt mal ne FRAge,
335     wenn man beSTRAHlung geht.
336     ä:::hm-
337     (--)
338  P: bring ich_s dann zum STILLstand,
339     oder zur HEIlung,
340     oder NUR zu-
341  A: an DER stelle sollte es dann rUhe haben.
342  P: das heißt es würde i IN (.) [wahrsch-     ]
343  A:                             [sie ham damit] keine HEIlung von
        der krankheit.
344  P: sondern [es lässt mich] nur in RUhe,
345  A:         [GEnerell.    ]
346     es lässt sie [in RUhe.    ]
347  P:              [und man muss] beObachten ob_s jetzt wieder
        woANders Irgendwo:-
348  A: beObachten müssen sie (.) eGAL was sie machen.
349  P: oKAY.
350     ja.
351  A: des beObachten bleibt GLEICH.
352  P: ((räuspert sich)) hm_HM-
353  A: °h die FRAge is-
354     (-)
355  A: WANN wird man systEmisch,
356     WANN bleibt man lokA:l.
357     die empFEHlung is wenn_s ein lokalisiertes stadium ist,
358     dass man E:her beSTRAHLT,
359  P: hm_HM;
360  A: und die CHEmotherapie
        [hat von den (.) stUdien her Eher vorteile-           ]
361  P: [ha ja klar weil so (XX) ne CHEmo zieht so paar andere]
        dinge mit sich nAch.
362     des is GANZ klar;
363     die se vor allen dingen nicht v vorAUSsehen.
364     (--)
365  A: empFEHlung is bei lokalisierten [sta äh] stadien
266  P:                                 [°hhh  ]
     A: eher die bestrAhlung zu machen;
367  P: und die beSTRAHlung ist aber wirklich begrenzt.
368     des kriegt man HIN.
369     da wird dann NICHT noch irgendwas drumherum dann ich sag mal
        aus SICHerheitsgründen;
370     [MUSkeln.     ]
371  A: [DEShalb würde] eh eh-
372  P: [IRgendwas-   °hhh    ]
373  A: [deshalb würde ICH sie] zum strahlentherapeuten schicken,
374     dass der sich_s ANkuckt,
375     DER kann ihnen dann genAu sagen;
376  P: was GEHT und [was nIcht geht beziehungsweise-]
377  A:              [(XXXX) mit wAs ist zu RECHnen. ]
378     in dem geBIET (.) [da unten.]
379  P:                   [oKAY;    ]
380  A: denn [DER macht die strAhlungs]felder.
```

P: [(und dann MÜSS_ma- °hhh)]
A: [des MACH ich nich.]
P: [dann MAche_ma lieber] DES dann erschtmal._Oder?
DES doch-
[das bringt uns ja n schritt nach] VORne dann (.) Erstmal.
A: [(hätt ich AUCH vorgeschlagen.)]
SO hätte ich_s auch vorgeschlagen.
dadurch dass es ihnen jetzt BESser geht.
P: [also es geht mir auf jEden fall] BESser;
A: [STEHN_ma noch nich-]
P: also DES-
[s is nich WEG,]
A: [und dann STEH ma] au nich-
P: des MERK ich natürlich;
Aber. °hhh
A: wir STEHN nich unter zUgzwang.
P: hm_HM,
A: und können_s uns in RUhe überlEgen.
P: hm_HM.
A: deshalb würde ICH sagen wir machen einen termin in der strahlenklinik Aus,
dass sie sich dort mal bAldmöglichst VORstellen,
[die sollen] sich die BILder angucken;
P: [hm_HM;]
A: die sollen_s mit ihnen beSPREchen;
wenn sie dann gemEinsam der [MEInung sind-]
P: [°h und was wird] bei der bestrAhlung denn jetzt geMACHT.
was mAcht ma denn jetzt bei der beSTRAHlung.
wird das gewEbe sag ich mal zerSTÖRT,
oder WAS da kapUtt ist,_Oder-
A: ja.
P: [also des] wird nur [zer] das wird zerSTÖRT?
A: [geNAU.] [ja.]
P: [un WAS] hat (.) bringt des für NACHteile für mich denn?
A: [DES n-]
P: weil des is ja Irgendwas kaPUTT gemacht worden.
[im KÖRper.]
A: [°hhh]
(--)
A: man SAGT dass das gesunde gEwebe sich wieder erholt,
und die KRANKheit,
kaPUTT bleibt-
P: oKAY;
A: s GLEIche system wie mit chEmotherapie auch.
P: hm_HM.
[oKAY.]
A: [chEmo]therapie trIfft sich teilende ZELlen,
(--)
A: die (.) KRANKhaften zellen-
die lymPHOMzellen-
ham ne hÖhere (.) wachstums (.) RAte,
werden durch die chEmotherapie kaPUTT gemacht,
P: [hm_HM-]
A: [UND- °h]
die (.) gestörte geSUNde (.) zellpopulation-
KNOchenmark,
erhOlt sich dann WIEder,
P: hm_HM;

A: und die KRANKheit [soll möglichst lange verschwInden;]
P: [°h und DIE beschwerden die ich] jetzt hAb;
so wie hier vor allem im MUSkel mErk ich_s oder so:-
oder so so geWISse [°hh-]
A: [hm_HM-]
P: dEs geht wieder zuRÜCK alles.
A: [dAs sollte ver]SCHWINden.
P: [dEs BILdet-]
oKAY.
A: die krAnkheit STECKT im knOchen,
und gEht aus_m knochen [RAUS,]
P: [die kommt] AUS_m kn-
[die KOMMT-]
A: [und HAT (.)] die [nErven umfangen.]
P: [wIe KOMMT denn] das aus_m knOchen;
des verstEh ich IMmer noch [nicht so ganz;]
A: [°h die LYMPHzellen]
[sind in gAnz] FEInen-
P: [IS des- °hhhhh]
A: [BAHnen;]
P: [also des sind] NICHT nur die LYMPHknoten die man hier da [irgendwo] hAt,
A: [NEIN.]
P: SONdern [die hocken IM] knochen;
A: [des SCHS-]
und die LYMPHbahnen sind so klein dass sie die gar nicht sehn wo die überall sInd.
P: hm_HM.
oKAY.
also im knochen DRIN quasi.
[in in den RÖHren oder oder-]
A: [und LYMPHzellen sitzen auch-]
P: WAS ich da ge[lEsen- °hh]
A: [im KNOchenmark] sitzen auch lymphozYten drin.
da [kÖnnen] sie sich AUCH [mal-]
P: [oKAY;] [°hh]
ha DANN würd ich sAgen;
dann machen wir erschtmal DES;
ist ja KLAR.
A: [wir STELlen] sie in der strAhlenklinik vor;
P: [waRUM;]
wArum soll ma da mit der KEUle kommen;
wenn wa erschtmal mit der pinZETte arbeiten können.
des IS ja-
A: °hhh wenns immer so EINfach wÄ:r.
P: [jaJA ich (.) wie soll ich_s jetzt anders] sAgen;
A: [((lacht))]
nE: nur dass sie_s WISsen.
P: [wenn DES die-]
A: [son BISsle ge]stOlpert bin ich über die kleinen hErde die noch Aufleuchten;
[(von dEnen nichts ich aber NICHTS weiß.)]
P: [sind die auch in der gleichen GEgend;_Oder-]
A: [nE: die sin (XXX XXX XXX XXX XXX XXX XXX.)]
P: [IS des dEs was se da Oben festgstellt haben;]
des hat ma mir nur geSAGT dass da Oben ein zwei stEllen wären an der [wIrbelsäule- °hh]
A: [die auch LEUCHten.]

```
491      wo man dEnkt es kÖnnte DORT sein.
492  P:  hm_HM-
493  A:  aber ich WEISS es [nicht.]
494  P:                    [KUCKT ] man sich des jetzt dann Auch
         gleich an oder beObachtet man den nur.
495  A:  °h eGAL wie se behAndelt werden,
496      gehen_se hInterher in ne NACH (.) bes (.) äh nAch (.)
         betrEuung.
497  P:  hm_HM,
498      [also ne art REha;]
499  A:  [sie WERden sich-]
500      nein.
501  P:  oder NE:?
502  A:  nein.
503      [sie WERden dann-]
504  P:  [also beTREUung  ] heißt beoObachtung bei [ihnen.]
505  A:                                            [ja.   ]
506      sie GEHN dann [in son] nEtz wo sie-
507  P:                [oKAY. ]
508  A:  VIERteljährlich und später hAlbjährlich zu
         kontrOlluntersu[chungen] kommt.
509  P:                 [hm_HM, ]
510      oKAY-
511      [wo das immer wieder konTROLliert wird.]
512  A:  [fragt ma wie_s ihnen GEHT.            ]
513  P:  [oKAY.  ]
514  A:  [da wird] immer geKUCKT;
515      wie GEHT_S ihnen;
516      ham se beschWERden;
517      und dann MACHT man-
518      (--)
519  A:  geZIELT oder ungezielt untersUchungen;
520      um HIN[weise]zu kriegen;
521  P:        [oKAY.]
522  A:  um einfach frÜhzeitig mItzubekommen wenn die
         krankheit wieder[komm]men WÜRde;
523  P:                  [ja; ]
524      hm_HM,
525  A:  dass man dAnn nicht erst DANN kommt;
526      wenns ihnen ganz SCHLECHT geht;
527      sonder FRÜHzeitig.]
528  P:  [jA ja SCHON klar.]
529  A:  [und DANN (entschEidet sich;)]
530  P:  [nE: des verSTEH ich.        ]
531  A:  was TUT man.
532  P:  ha dann MAche ma des-
533  A:  oKAY,
534  P:  JOA klar;
535  A:  ham se noch ne FRAge zur diagnOse selbst?
536  P:  °hh was heißt diagNOse;
537      sie MEInen die eh was [mei-     ]
538  A:                        [die krank]heit SELBST-
539  P:  °hh ja GOTT-
540      pfff
541      ich verSTEH se net.
542      wie das entSTEHT-
543      des ist das [<EINzigste was <lachend>> ich mir ni-]
544  A:              [((lacht))                            ]
545      [°hh DA sind noch viele fOrscher am wErk.]
```

P: [ich hab da was ge ich (.) ich hab da] was geLEsen;
aber WISsen se des geht dA rein und raus;
und und sagt mir DOCH nicht viel.
A: hm_HM,
P: dass da IRgendwas gstÖrt is;
ich man FRAGT sich halt;
woHER des plötzlich kOmmt.
man kann sich des net erKLären.
°hh vor ALlen dingen weil-
was ICH mir nicht;
eh mich FRAge ist wie des so schlEichend kommen kann.
des IS so-
und man in ne ganz Andere richtung geDACHT hat zuerst. hh°
[DES is des w-]
A: [°hh sie hAben] einen etwas UNtypischen.
(--)
A: DARstellungsmodus-
weil sie keine vergrößerten LYMPHknoten ham.
P: hm_HM-
A: und wenn jemand [in IHrem alter] mit rÜckenschmerzen kommt,
P: [ja des is AUCH-]
A: dann denkt man ERSTmal [(dann) hm,]
P: [ja vor allem] die
symp[TOme waren auch genAu wie wie-]
A: [s wird BANDscheibe sein;]
P: JA-
geNAU;
A: oder man hat sich Irgendwas (.) übertr überHOben;
oder der [KNOchen] is halt nicht mehr so fit;
P: [ha Eben.]
ich d dEs hab ich m ARZT gsagt,
ich hAb nichts geMACHT oder so;
A: das ist des HÄUfige,
und des was sie JETZT ham;
ist was SELtenes.
P: hm_HM.
NAja also;
(da HAM wa halt no mal-)
(XXX) HAM se wieder was glErnt.
((lacht))
A: °hhh oh sie hätten mal den orthopÄden sehen sollen wie ich
ihm des GSAGT hab.
A: hm_HM.
P: der hat SO ne Augen gekriegt.
A: hm_HM,
P: der wollt_s nicht GLAUben am [Anfang.]
A: [hm_HM,]
es ist die AUSnahme von der regel.
P: na GUT.
(--)
P: LERNT ma wieder was- °hhhh
A: oKAY?
P: oKAY ma-
SO.
und wie gEht es jetzt WEIter?
was MACH ich jetzt?
A: jetzt MACH_ma des gerät mal Aus,
P: oKAY,

9.3 BG03 – invasiv duktales Mammakarcinom

GesprächsteilnehmerInnen: A: Arzt, P: Patientin, E: Ehemann der Patientin

```
001  A:  (-) und dann DIEse ((anonymisiert)),
002  P:  ä::h,
003  A:  ist es ARG blau geworden?
004      [kann ich sie erstmal ANgucken?]
005  P:  [erst (.) äh am (.) JA::,      ]
006  A:  [hm_HM,]
007  P:  [äh    ] am ANfang (.) war_s net so arg,
008      aber nach (.) [PAAR,  ]
009  A:                [mit der] ZEIT;
010  P:  [ja:;      ]
011  A:  [is es dann] schon GELL?
012      ja_ja KLAR;
013  P:  [((unverständlich 1.4))]
014  A:  [((lacht 1.4 Sek.))    ] (--) A:Hja;
015      ja_JA;
016      [ge:NAU;               ]
017  P:  [((unverständlich 1.0))] aber es is alles [GUT;  ]
018  A:                                            [JA_ja.]
019      aber das is GUT.
020  P:  ja;
021  A:  oKAY,
022      (--) ALso,
023      (-) des is leider NIX gutes.
024      (-)
025  P:  ja doktor ((anonymisiert)) hat mich schon ANgerufen;
026  A:  geNAU,
027      °hh,
028  P:  hm_HM,
029  A:  BEIde befunde;
030      A:ber man muss dazU sagen,
031      die spezielle untersuchung von dem TUmor zeigt,
032      dass es ein sehr HARMloser tumor is;
033      [ja?  ]
034  P:  [hm_HM] [hm_HM;]
035  A:          [also  ] keine chemotheraPIE,
036  A:  oder sonst [irgendwas][gePLANT,    ]
037  P:             [achSO    ][hm_HM hm_HM,]
038  A:  sondern wir würden das opeRIEren,
039      (-)
040  P:  hm_HM;
041  A:  mit dem WÄCHterlymphknoten,
042  P:  (-) hm_HM;
043  A:  dann muss es hinterher beSTRAHLT werden,
044      °h und sie kriegen noch ne taBLETte für fünf jAhre,
045      und das wird dann ALles sein.
046  P:  hm_HM,
047  A:  also bei dem (--) SCHLECHten,
048      was sie sich AUSgesucht haben,
049      ham sie sich noch das BESte ausgesucht.
```

```
P:  BESte noch,
A:  ja;
P:  hm_HM,
A:  ALso,
P:  ja [ich hab_s ja SCHON gemerkt wahrscheinlich ne,]
A:  es [zeigt NICH an dass der sich äh,              ]
A:  ja das EIne is [ja,   ]
P:                 [ja_JA,]
A:  GANZ mini:,
    ja,
    [KLEIN ja,]
P:  [ja_JA,   ] ((unverständlich 1.0))
A:  und das andere ist ja jetzt auch net [SO groß,]
P:                                       [hm_HM,  ]
A:  [das is SO,]
P:  [hm_HM,    ]
A:  ä::h,
    °h und (-) die ham KEIne eigenschaften,
    [dass der IRgendwie,]
P:  [hm_HM hm_HM hm_HM, ]
A:  (-) aggresSIV oder schnell wächst.
    (.)
P:  hm_HM,
A:  ja,
P:  hm_HM;
A:  (-)
E:  hat er NOCH nicht gestreut(.) der (.) der,
A:  also das kann [ich NICHT sagen,    ]
E:                [DAS (.) manchmal das] weiß man nicht;
A:  das MAchen wir aber noch,
    dass wir sie DURCHuntersuchen,
    wir gucken noch nach leber lunge und KNOchen,
    während [sie   ] da oben LIEgen und,
P:          [hm_HM,]
A:  (--)
P:  hm_HM,
A:  ((schnalzt)) das [HEILT,    ]
P:                   [im KRANken]haus dann,
A:  °h Aber (-) von den eigenschaften die der tumor hAt,
P:  [hm_HM, ]
A:  [hab ich] das jetzt noch NIE erlebt,
    dass der schon gestreut HAT;
P:  hm_HM,
A:  aber untersuchen tun wir das auf JEden fall.
P:  hm_HM,
E:  ja;
P:  hm_HM,
A:  (1.1) hm_HM,
P:  (-) gu::t;
A:  (--) <<p> ja.>
P:  (--) und wie kriegt man den terMIN dann?
    [((unverständlich ca. 0.5))]
A:  [WÜRD ich                  ] gleich für sie ausmachen;
    den nächstMÖGlichen oder wAnn möchten sie gerne?
```

```
E:  [ja; ]
A:  [oder][HAM sie jetzt         ] grad noch irgendwie was vor?
E:        [((unverständlich 1.0))]
P:  ja anfang mÄrz ham wir noch terMIne,
P:  mein mann hat ja unterSUchungen im,
A:  ja::;
P:  (.) ä::h (.) ceTE:,
    [hm,]
E:  [und] wieviel TAge dauert das im krAnkenhaus,
    [((unverständlich 1.0))]
A:  [ja sie ist            ] drei TAge,
    drei vier TAge,
    (--) im krankenHAUS;
    aber ich weiß dass wir glaub ich NÄCHSte woche,
    weiß ich nich ob wir da noch n_terMIN haben,
    dann wird_s Übernächste woche,
    dann KÖNN_S,
    (---) je nachDEM,
    wir könn_s auch MITte märz machen,
    das is letztendlich [eGAL,         ]
P:                      [ja MITte märz,]
A:  [der WÄCHST ja nich schnell;]
P:  [wär ja EIgentlich,         ]
A:  dann is auch der blaue FLECK [besser abgeheilt;]
P:                               [hm_HM ja_JA;     ]
A:  [also (.) DANN,]
P:  [ja aHA,       ]
A:  mitte MÄRZ,
    [oKAY, ]
P:  [ja_JA,]
    ja am am ZEHNten hat er [sein termin;]
A:                          [AM zehnten, ]
    also NACH dem [zehnten;]
E:                [nach_m  ] ZEHNten ging [schon,]
A:                                        [gu::t,]
    [oKAY,    ]
P:  [ja nach_m] ZEHNten;
A:  dann würd ich jetzt gleich n terMIN ausmachen?
P:  [ja_JA,     ]
A:  [dann ham_se] den terMIN,
    und dann müssen sie am tag VOR der ope: zu uns kommen,
    °h dass der narKOsearzt mit ihnen redet,
    wir BLUT abnehmen,
P:  [hm_HM, ]
A:  [und (.)] ihnen nochmal genau erklären wie_s geMACHT werden,
P:  hm_HM,
A:  und an DEM tag noch so kontrastmittel,
    um die BRUSTwarze gespricht (.) [gespritzt wird,]
P:                                  [hm_HM,         ]
A:  damit der [WÄCHter]lymphknoten uns markiert wird_[ja,   ]
P:            [ hm_HM,]                              [hm_HM,]
A:  dann müssen sie nach zwei stunden NACH dem gespritze,
    nochmal da in die nukleARmedizin,
    dass die uns genau einzeichnen WO der wächterlymphknoten ist.
P:  hm_HM;
P:  hm_HM,
```

```
A:  dann geh_n sie wieder nach HAUse an dem tag,
    und komm am nächsten tag morgens NÜCHtern,
    das SAgen die ihnen [aber alles, ]
P:                      [<<p> hm_HM;>]
A:  (-) zur oPE:;
P:  hm_HM,
A:  vor der oPE:,
    muss die ch_MUSS sich der operateur,
    weil man das ja nicht TASten kann gescheit bei ihnen;
    (-) das im utraschall sich geNAU angucken,
    wo das IS?
P:  hm_HM,
A:  und eVENtuell sich das noch markIEren;
    DAS (.) [mUss  ] er dann sehn;
P:          [hm_HM,]
A:  [ja,   ]
P:  [hm_HM,]
A:  WEIL das eine is ja:,
P:  hm_HM;
A:  (--) toTAL klein,
    und das andere is_n BISSL größer,=ja,
P:  ja bissl GRÖßer,
A:  [also von DAher;       ]
P:  [ja das is schon länger] mit der ZYSte [halt her;]
A:                                         [ja,      ]
    geNAU;
    aber [von DAher] äh,
P:       [ja;      ]
A:  °h das muss der f_der operateur sich VOR opE: [nochmal], (.)
P:                                                [hm_HM; ]
A:  [im ULtraschall angUcken.]
P:  [hm_HM hm_HM,            ]
A:  ge?
P:  gu::t;
    (-) [ja,  ]
A:      [oKAY?]
P:  (-) hm_HM,
    (--)
A:  SO wird_s ablaufen.
    dann sind sie DREI tage wie gesagt da,
    also drei [NÄCHte,]
P:            [hm_HM, ]
A:  (-) °h während DER zeit gucken wir noch nach lEber lunge und knochen,
    [wenn das KLAPPT,]
P:  [hm_HM,          ]
A:  ansonsten kommen sie dann halt nochMAL für die untersUchung,
    [°hhh  ]
P:  [hm_HM,]
A:  (.) <<ausatmend> und dann so nach anderthalb wochen WISsen
    wir alles genau;>
    (--)
    hm_HM;
```

```
211  A:  und beSPRECHen das mit Ihnen,
212      und dann kriegen sie die WEIteren
         [termine] für die bestrahlung,
213  P:  [hm_HM ,]
214  A:  das dauert aber meistens so DREI wochen,
215      bis die WUNDheilung [abgeschlossen is,]
216  P:                      [hm_HM hm_HM     ,]
217  A:  BIS die bestrahlung losgeht;
218  P:  hm_HM;
219  A:  (.) und die geht SIEben wochen lang jeden tag.
220  P:  SIEben wochen;
221  A:  [hm_HM,]
222  P:  [JEden ] tag,
223  A:  [hm_HM,]
224  P:  [aHA,  ]
225      (-) ja, (-)
226      aHA,
227      (--)
228  A:  geNAU;
229      und eine tabLETte am tag für fünf jahre [und dann;]
230  P:                                          [hm_HM,   ]
231      hm_HM,
232  A:  DAmit sind sie wahrscheinlich sUper gut (.) versorgt,
233  P:  hm_HM,
234  A:  [und   ] MEHR brauchen sie nicht.
235  P:  [hm_HM,]
236      (-) hm_HM,
237  A:  (2.4)
238  P:  ja,
239  A:  (-)
240  P:  also sie (.) machen (.) jetzt HEUT schon den termIn [aus,]
241  A:                                                     [ja; ]
242  A:  ich [schreib][den gleich REIN,]
243  P:      [ja:;   ][ja_JA:;         ]
244      [JA_ja;           ]
245  A:  [und dann kriegen ] sie ihren ZETtel mit;
246  P:  ja;
247      ja: krieg isch GLEICH n_zettel mit;
248  A:  wie und wann [und wo]sie sich MELden müssen;
249  P:               [JA_ja;]
250  A:  und am ERSten tag,
251  P:  [aHA,     ]
252  A:  [zu diesem] VORbereitungstag,
253      müssen sie noch NICHT nüchtern kommen,
254      ja?
255  P:  [ja, ]
256  A:  [also] da DÜRfen sie zuhause frÜhstücken;
257  P:  da darf man nochmal HEIM_ne?
258  A:  [und da darf man nochmal HEIM;]
259  P:  [((unverständlich 1.0))       ]
260  A:  und da bring se sich auch was zu LEsen und was zu essen mit,
261      das is_n LANGweiliger tag,
262      sie müssen DAUernd auf irgendjemanden warten_ne,
263      (--)
264  P:  hm_HM,
```

```
265  A:  wasser tee und kaffee ham wir DA,
266      wenn sie [was anderes] trinken wollen AUCH was mitbringen,
267  P:           [hm_HM,     ]
268  A:  °h und vielleicht n belegtes BRÖTchen oder so;
269  P:  hm_HM,
270      hm_HM,
271  A:  ja es TUT sich nicht viel.
272  P:  also am erschte tag NÜCHtern auf jeden fAll,
273  A:  NICHT nüchtern.
274      [NICH nüchtern. ]
275  P:  [nisch NÜCHTern;]
276  A:  [!NICHT! nüchtern,       ]
277  P:  [ja NICH wollt ich sagen;]
278  A:  !NICHT! nüchtern geNAU.
279  P:  JA_ja NICH nüchtern;
280  A:  und am ZWEIten tag dann jA;
281      [hm_HM,  ]
282  P:  [dann (.)] JA;
283  A:  [das sagt ihnen aber] der narKOsearzt,
284  P:  [ja_JA ja_JA,       ]
285  A:  [wie lang sie nachts  ] noch o_[ESsen] und trinken dürfen;
286  P:  [das kriegen wa ALles,]
287  E:                                 [ja;  ]
288  A:  [geNAU,]
289  P:  [JA_ja;]
290  A:  [hm_HM,]
291  P:  [gu:t; ]
292  A:  (--)
293  P:  hm_HM;=
294  A:  =gu:t,
295  E:  wird da auch gleich die LYMPH äh knoten
         [((unverständlich 1.0))-    ]
296  A:  [NUR der wächterlymphknoten;]
297      [erst mal,    ]
298  E:  [wird der auch] operativ [gleich entFERNT,]
299  A:                           [der wird AUCH   ] gleich;
300      GEnau,
301      es fängt SO an,
302      dass man ERST den wächterlymphknoten rausmacht,
303  P:  ((lacht))
304  A:  dann ä:h (--) lässt man den unterSUCHen,
305      so LANG wie er die [andern tut; ]
306  P:                     [<<p> hm_HM,>]
307  A:  diese zwei KNÖTchen noch rausmachen,
308  E:  hm_HM;
309  P:  hm_HM,
310  A:  und dann KANN uns der pathologe sAgen,
311  P:  [hm_HM,]
312  A:  [ob der] wächterlymphknoten beFALlen ist [oder nich,]
313  P:                                           [hm_HM,    ]
314  A:  ob ma da vielleicht noch n_paar ANdere
         [lymphknoten] rausnehmen müssen,
315  P:  [hm_HM-     ]
```

```
A:  °h Oder nur den wÄchterlymphknoten;
    [wenn der FREI is;]
P:  [hm_HM das wird   ] unter narKOse [dann] gemacht;
A:                                    [ja, ]
    [alles unter_unter VOLLnarkose;   ]
P:  [ja weil ich bin noch NIE operiert] wOrden_nE,
    und-
A:  ALles unter voll[narkose,]
P:                  [Ja_ja;  ]
A:  sie schlafen EIN,
    [wachen AUF,]
P:  [ja JA,     ]
A:  und sagen !WUH! schon alles fertig?
    ((alle lachen gleichzeitig))
A:  bring se sich en gut sitzenden beHA mit;
    ja?
P:  ja:;
A:  wei::l sie dann einfach zwei wochen lang den behA TAG und
    nacht trAgen,
P:  achSO;
A:  einfach [damit ] die BRUST besser gestützt ist;
P:          [hm_HM;]
    [ja_jA JA;                     ]
A:  [weil da gibt_s noch n_größeren] BLUTerguss als ich jetzt
    [hier, ]
P:  [achSO;]
    ja_ja,
E:  hm_HM,
P:  hm_HM,
A:  geMACHT hab;
    (.) [geNAU;]
P:      [ja;   ]
    (.) hm_HM,
    (.) gu:t.
    (-)
A:  ja?
    (1.2)
P:  ja;
A:  <<p> oKAY,>
    (1.7)
A:  FÄLLT ihnen noch was ein?
    (--) WAS sie wissen wollen,
P:  eigentlich NET ne:;
A:  dann nehmen sie grad draußen PLATZ,
P:  [hm_HM,      ]
A:  [ich GUCK mal]
    [gleich nach nem termIn;]
E:  [achsO die tabletten die][daneben stehen NEHmen?]
A:                           [dann KRIEgen sie;     ]
P:  [ja,   ] ich äh HAB noch,
A:  [A:H   ] was nehmen sie,
E:  [ja_ja,]
P:  [((unverständlich 1.2))]
A:  [geNAU::,              ]
    !SE::HR! gut;
```

```
P:  [((unverständlich 2.0))]
A:  [dass man das ma GLEICH] gucken,
    <<lachend> ja,>
E:  ja_JA,
A:  (--) letzt [kam] eine die hat metforMIN genommen,
P:             [ja;]
A:  [und da mussten wa sie wieder nach HAUS,]
P:  [blutdruck und depresSIOnen,            ]
    hm,
A:  gut.
    BLUTdruck dürfen sie nehmen,
    und für depressionen das dürfen sie AUCH nehmen;
P:  (--) [ä::h das         ] risperiDON;
A:       [das stört AU net;]
    nur NUR nur ä::hm,
    ((Knistern im Hintergrund))
A:  ja,
    ((Knistern im Hintergrund))
P:  also isch vetrach des GU:T;
A:  gut;
    ne: das is alles GUT;
P:  ja:,
A:  ne_ne die dürfen sie alle WEIter [nehmen.]
P:                                   [ja,    ]
A:  nur metforMIN darf [se nich nehmen;]
P:                     [is nur abends  ] EIne,
    und MORgens isch es [der blutdruck,]
A:                      [GEnau;        ]
    GEnau,
P:  ja;
A:  (-) oKAY,
P:  dann wart isch DRAUßen,
A:  warten sie DRAUßen,
    dann kriegen sie gleich n_ZETtel gell?
P:  das ((unverständlich 1.0))
    (--)
A:  oKAY?
P:  dann VIElen dank.
```

10 Anhang III: Bibliographie

In dieser Bibliographie finden sich vornehmlich Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum mit einem Fokus auf den in diesem Handbuch behandelten Themen. Für weiterführende Literaturhinweise verweisen wir auf die umfangreiche Bibliographie zur medizinischen Kommunikation von Spranz-Fogasy, Becker, Menz und Nowak:

[https://ids-pub.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/5071/file/Spranz-Fogasy_Becker_Menz_Literatur_zur_Medizinischen_Kommunikation_Bibliografie_2014.pdf]

10.1 Angewandte Gesprächsforschung und Kommunikationstrainings allgemein

Becker-Mrotzek, Michael (1994): Gesprächsschulung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen öffentlicher Dienstleistungsunternehmen auf linguistischer Grundlage. In: Bartsch, Elmar (Hrsg.): Sprechen, Führen, Kooperieren in Betrieb und Verwaltung. Kommunikation in Unternehmen. München: Ernst Reinhard, 240-254.

Becker-Mrotzek, Michael (1999): Diskursforschung und Kommunikation in Institutionen, 2. Aufl. Heidelberg: Julius Groos Verlag.

Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (2002a): Simulation authentischer Fälle (SAF). In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 72-80. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/ diskursforschung/ Band2.pdf]

Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (2002b): Diskursanalytische Fortbildungskonzepte. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 36-49. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band2.pdf]

Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (Hrsg.) (2004): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

Becker-Mrotzek, Michael/ Meier, Christoph (2002): Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 18-45. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/ diskursforschung/ Band1.pdf]

Birkner, Karin/ Stukenbrock, Anja (Hrsg.) (2009): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Bose, Ines/ Bößhenz, Katja/ Pietschmann, Judit/ Rothe, Ingmar (2012): °hh hh° also von KUNdenfreundlich halt ich da nIcht viel bei ihnen; Analyse und Optimierung von Callcenterkommunikation am Beispiel von telefonischen Reklamationsgesprächen. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 13, 143-195. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2012/ag-bose.pdf]

Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.) (2002a): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band1.pdf].

Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.) (2002b): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band2.pdf]

Drew, Paul & John Heritage. 1993. Talk at work. Cambridge: Cambridge University Press.

Fiehler, Reinhard (1994): Reklamationsgespräche – Schulungsperspektiven auf der Basis von Ergebnissen diskursanalytischer Untersuchungen. In: Bartsch, Elmar (Hrsg.): Sprechen, Führen, Kooperieren in Betrieb und Verwaltung. Kommunikation in Unternehmen. München: Ernst Reinhard, 255-269.

Fiehler, Reinhard (2001): Gesprächsanalyse und Kommunikationstraining. In: Brinker, Klaus/ Antos, Gerd/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven F. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung, 2. Halbband. Berlin/New York: de Gruyter, 1697-1710.

Fiehler, Reinhard (2002a): Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Einführung in die Thematik. In: Fiehler, Reinhard (Hrsg.) Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 7-15.

Fiehler, Reinhard (2002b): Kann man Kommunikation lehren? Zur Veränderbarkeit von Kommunikationsverhalten durch Kommunikationstrainings. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 18-35. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band2.pdf].

Fiehler, Reinhard (2009): Kommunikationstraining. In: Fix, Ulla/ Gardt, Andreas/ Knape, Joachim (Hrsg.): Rhetorik und Stilistik. Berlin: de Gruyter, 2387-2403.

Fiehler, Reinhard/ Sucharowski, Wolfgang (1992): Diskursforschung und Modelle von Kommunikationstrainings. In: Fiehler, Reinhard/ Sucharowski, Wolfgang (Hrsg.): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Anwendungsfelder der Diskursforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 24-35.

Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther/ Schnieders, Guido (2002): Kommunikationsprobleme in Reklamationsgesprächen. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 120-154.

Fiehler, Reinhard/ Schmitt, Reinhold (2009): Die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten als Kommunikation. Kommunikationstrainings als Gegenstand der Gesprächsanalyse. In: Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (Hrsg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Frankfurt/Main: Lang, 113-135.

Gülich, Elisabeth/ Kastner, Mary (2002): Rollenverständnis und Kooperation in Gesprächen in der Telefonseelsorge. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 209-213.

Gülich, Elisabeth/ Krämer, Antje (2009): Transkriptarbeit und Psychodrama in Fortbildung und Supervision in der Telefonseelsorge – Ein Praxisbericht. In: Birkner, Karin/ Stukenbrock, Anja (Hrsg.): Die Arbeit mit Transkripten in Fortbildung, Lehre und Forschung. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 26-68.

Hartung, Martin (2004): Wie lässt sich Gesprächskompetenz wirksam und nachhaltig vermitteln? Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis. In: Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (Hrsg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 47-66.

Hirschfeld, Ursula/ Neuber, Baldur (Hrsg.) (2011): Erforschung und Optimierung der Callcenterkommunikation. Berlin: Frank & Timme.

Kindt, Walther (1986): Welchen Beitrag kann die Linguistik zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation leisten? In: Löning, Petra/ Sager, Sven F. (Hrsg.): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop. Hamburg: Buske, 145- 194.

Koerfer, Armin et al. (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34-78. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-online.de/heft2008/ag-koerfer.pdf]

Koerfer, Armin/ Albus, Christian (2018): Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/koerfer.html]

Meer, Dorothee (2001): „So, das nimmt ja gar kein Ende heute, is ja furchbar“ – Ein gesprächsanalytisch fundiertes Fortbildungskonzept zu Sprechstundengesprächen an der Hochschule. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2, 90-114. [Online verfügbar unter: http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2001/ag-meer.pdf]

Schmitt, Reinhold (2002): Rollenspiele als authentische Gespräche – Überlegungen zu deren Produktivität im Trainingszusammenhang. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 81-99. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band2.pdf].

Spranz-Fogasy, Thomas (2014):Was denkt der Arzt und wie kommen Gesprächsforscher da dran? Gesprächsanalytische Untersuchungen zu Kognitionen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Bose, Ines/ Neuber, Baldur (Hrsg.): Sprechwissenschaft: Bestand, Prognose, Perspektive. Frankfurt am Main u.a.: Lang, 127-135.

Wolf, Ricarda (2009): Gesprächsführung in der Renten-Beratung – Ein gesprächsanalytisch fundiertes Training. In: Meer, Dorothee/ Spiegel, Carmen (Hrsg.): Kommunikationstrainings im Beruf. Erfahren mit gesprächsanalytisch fundierten Fortbildungskonzepten. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 72-107. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2009/meer.htm]

10.2 Trainings und Leitfäden für die medizinische Kommunikation

Baile, Walter F./ Buckman, Robert/ Lenzi, Renato/ Glober, Gary/ Estela A. Beale/ Kudelka, Andrzey P. (2000): SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: The Oncologist 5 (4), 302-311.

Bührig, Kristin/ Meyer, Bernd (2009): Funktionale Sprachreflexion und Diskursanalyse als Fortbildungsmethoden. Am Beispiel einer Dolmetscherfortbildung für zweisprachige Pflegekräfte im Krankenhaus. In: Meer, Dorothee/ Spiegel, Carmen (Hrsg.): Kommunikationstrainings im Beruf. Erfahrungen mit gesprächsanalytisch fundierten Fortbildungskonzepten. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 108-130. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2009/pdf/fortbildung.pdf].

Köhle, Karl/ Koerfer, Armin/ Kretschmer, Britta/ Obliers, Rainer/ Reime, Thomas/ Walter Thomas/ Romotzky, Verena (2010): Manual Ärztliche Gesprächsführung + Mitteilung schwerwiegender Diagnosen.

Köhle, Karl/ Obliers, Rainer/ Koerfer, Armin (2010): Diagnosemitteilung – Ein Leitfaden. In: Kreienberg, Rolf/ Möbus, Volker/ Jonat ,Walther/ Kühn, Thorsten (Hrsg.): Mammakarzinom. Interdisziplinär, 4. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 328-336.

Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, Michael/ Brünner, Gisela (Hrsg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 133-156. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/kompetenz/kompetenz.pdf]

Menz, Florian (1994): Der Einfluß von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus. Aprioris einer kommunikativen Schulung des medizinischen Krankenhauspersonals. In: Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 218-234.

Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Gstettner, Andreas (2008): Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung: Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Münster: LIT.

Nowak, Peter/ Wimmer-Puchinger, Beate (1990): Die Umsetzung linguistischer Analyseergebnisse in ein Kommunikationstraining mit Ärzten – Ein Modellversuch. In: Ehlich, Konrad et al. (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation: Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 137-142.

Schweickhardt, Axel/ Fritzsche, Kurt (2007): Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Muttenz: Druckerei Schwabe.

Stivers, Tanya (2005): Non-Antibiotic Treatment Recommendations: Delivery Formats and Implications for Parent Resistance. In: Social Science & Medicine 60 (5), 949-964.

10.3 Analysen zu unterschiedlichen Aspekten der Arzt-Patienten-Kommunikation

Birkner, Karin (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 152-183.
[Online verfügbar unter:
http://www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2006/ga-birkner.pdf]

Birkner, Karin (2017): Erzählen im Arzt/Patient-Gespräch. In: Huber, Martin/ Schmid, Wolf (Hrsg.): Grundthemen der Literaturwissenschaft: Erzählen. Berlin: de Gruyter, 547-566.

Boyd, Elizabeth/ Heritage, John (2006): Taking the History: Questioning during Comprehensive History-Taking. In: Heritage, John / Maynard, Douglas (Hrsg.): Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: University Press, 151–184.

Bührig, Kristin/ Durlanik, Latif/ Meyer, Bernd (2000): Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus – Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. In: Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 2, 1-32.

Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (2015): Sprache in der Medizin. In: Felder, Ekkehard/ Gardt, Andreas (Hrsg.): Handbuch „Sprache und Wissen". Berlin/Boston: de Gruyter, 335-357.

Deppermann, Arnulf (2003): Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 5, 165-181.

Deppermann, Arnulf/ Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Doctors' questions as displays of understanding. In: Communication & Medicine 8, 111-124.

Ehlich, Konrad et al. (Hrsg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Groß, Alexandra (2015): Asymmetrie und (Patienten-)Expertise in der HIV-Sprechstunde. In: Busch Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch „Sprache und Medizin". Berlin/Boston: de Gruyter, 282-299.

Gülich, Elisabeth (2007): ‚Volle Palette in Flammen'. Zur Orientierung an vorgeformten Strukturen beim Reden über Angst. In: Psychotherapie & Sozialwissenschaft 1, 59-87.

Gülich, Elisabeth/ Couper-Kuhlen, Elizabeth (2007): Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf. Verfahren der szenischen Darstellung. In: Schmitt, Reinhold (Hrsg.): Koordination: Analysen zur multimodalen Interaktion. Tübingen: Narr, 293-337.

Gülich, Elisabeth/ Furchner, Ingrid (2002): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken/ Schütte, Wilfried (Hrsg.): Soziale Welten und kommunikative Stile. Tübingen: Narr, 161-186.

Gülich, Elisabeth/ Schöndienst, Martin (1999): ‚Das ist unheimlich schwer zu beschreiben'. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: Differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1, 199-227.

Gülich, Elisabeth/ Lindemann, Katrin/ Schöndienst, Martin (2010): Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch. In: Dausenschön-Gay, Ulrich/ Domke, Christine/ Ohlhus, Sören (Hrsg.): Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Berlin: de Gruyter, 135-160.

Günthner, Susanne (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 124-151.
[Online verfügbar unter:
http://www.gespraechsforschung-online.de/heft2006/ga-guenthner.pdf]

Raspe, Hans-Heinrich (1982): Compliance und Befindlichkeit. In: Fischer Bernd/ Lehrl, Siegfried (Hrsg.): Patienten-Compliance. Stellenwert, bisherige Ergebnisse, Verbesserungsmöglichkeiten. Zweite Klausenbacher Gesprächsrunde. Mannheim: Boehringer, 118-124.

Hartog, Jennifer (1993): Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning, Petra/ Rehbein, Jochen (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin/ New York: de Gruyter, 115-133.

Henningsen, P. (2003): Der Kampf um Schmerz. Gesprächsanalyse zur interpersonellen Repräsentanz somatoformer Schmerzen. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 5, 194-202.

Imo, Wolfgang (2017): Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungs-gesprächen. In: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion (SpIn) 76, 1-34.
[Online verfügbar:
http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier76.pdf]

Kallmeyer, Werner (2003): „Frau Erle“ und ihr Arzt. Zur gesprächsrhetorischen Analyse eines Arzt-Patient-Gesprächs. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 4, 301-310.

Kindt, Walther (2003): Kommunikative Strategien des Umgangs mit Krankheit. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 4, 182-193.

Koerfer, Armin/ Albus, Christian (2015): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Spranz-Fogasy, Thomas/ Busch, Albert (Hrsg.): Handbuch „Sprache und Medizin“. Berlin/Boston: de Gruyter, 116-34.

Koerfer, Armin/ Albus, Christian/ Obliers, Rainer/ Thomas, Walter/ Köhle, Karl (2008): Kommunikationsmuster der medizinischen Entscheidungsfindung. In: Niemeier, Susanne/ Diekmannshenke, Hans-Joachim (Hrsg.): Profession und Kommunikation. Frankfurt a. M.: Peter Lang, 121-156.

Koerfer Armin/ Köhle Karl (2007): Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde. In: Redder, Angelika (Hrsg.): Diskurse und Texte. Tübingen: Stauffenburg, 629-639.

Koerfer Armin/ Köhle Karl/ Obliers, Rainer (1994): Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.

Koerfer, Armin/ Köhle, Karl/ Obliers, Rainer (2000): Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2, 87-116.

Koerfer, Armin/ Köhle, K, Obliers, R, Sonntag, B, Thomas, W, Albus, C (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34-78.

Koerfer, Armin/ Köhle, Karl/ Obliers, Rainer/ Thomas, Walter/ Albus, Christian (2010): Narrative Wissensgenerierung in einer biopsychosozialen Medizin. In: Dausendschön-Gay, Ulrich/ Domke, Christine/ Ohlhus, Sören (Hrsg.): Wissen in (Inter-)Aktion. Berlin/Boston: de Gruyter, 91-131.

Koerfer Armin/ Martens-Schmid Karin (2000): Erzählen in der Psychotherapie. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2, 83-86.

Koerfer Armin/ Obliers, Rainer/ Köhle, Karl (2005): Das Visitengespräch. Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 256-284.

Koerfer Armin/ Obliers, Rainer/ Köhle, Karl (2005): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention.Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 137-157.

Koerfer, Armin et al. (2010): Narrative Wissensgenerierung in einer biopsychosozialen Medizin. In: Dausendschön, Ulrich/ Domke, Christine/ Ohlhus, Sören (Hrsg.): Wissen in Interaktion. Berlin: de Gruyter, 91-131.

Köhle, Karl/ Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.) (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban & Schwarzenberg.

Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Lalouschek, Johanna (2002): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.) (2002a): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155-173. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/ diskursforschung/ Band1.pdf].

Lalouschek, Johanna/ Menz, Florian (1990): Ambulanzgespräche: Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzt/inn/en. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 12-26.

Löning, Petra (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker, Klaus. / Antos, Gerd / Heinemann, Wolfgang / Sager, Sven F. (Hrsg.): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung, 2. Halbband. Berlin New York: Walter de Gruyter, 1576-1588.

Löning, Petra/ Rehbein, Jochen (Hrsg.) (1993): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: de Gruyter.

Lörcher, Helgard (1983): Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Tübingen: Niemeyer.

Lucius-Hoene, Gabriele (2001): Narrative Bewältigung von Krankheit und Coping-Forschung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 3, 166-203.

Lucius-Hoene, Gabriele (2006): Narrative Therapie. In: Health Communication, 2, 77-90.

Lucius-Hoene, Gabriele (2012): „Und dann haben wir's operiert" – Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. In: Bethmann, Stephanie/ Helfferich, Cornelia/ Hoffmann, Heiko/ Niermann, Debora (Hrsg.): Agency. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag, 40-70.

Lucius-Hoene, Gabriele/ Schwantes, Ulrich/ Zippel, Christian (2006): Narrative Medizin. Die besondere Rolle des Erzählens und Zuhörens. In: Berliner Ärzte, 43, 14-21.

Manning, Philip/ Ray, George B. (2002): Setting the Agenda: An Analysis of Negotiation Strategies in Clinical Talk. In: Health Communication 14, 451-473.

Mazeland, Harrie (1990): Die Kontextualität minimaler Redeannahmen im Arzt-Patienten-Diskurs. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 82-103.

Menz, Florian (2015): Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 75-92.

Menz, Florian/ Lalouschek, Johanna/ Stöllberger, Claudia/ Vodopiutz, Julia (2002): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von Brustschmerzen. Ergebnisse einer medizinisch-linguistischen transdisziplinären Studie. In: Linguistische Berichte 191, 343-366.

Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche: Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. In: Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 8, 1-38.

Mondada, Lorenza (2002): Die interaktive Formulierung der medizinischen Beschreibung. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 4, 341- 353.

Nordmeyer, Jutta (1982): Formal-quantitative Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung während der Visite. In: Köhle, Karl/ Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 58-70.

Nowak, Peter (2010): Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Nowak, Peter/ Spranz-Fogasy, Thomas (2008): Gespräche mit Patienten: Ein alltägliches und komplexes Arbeits- und Steuerungsinstrument für Ärzte. In: klinikarzt 37, 15-19.

Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2009): Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch. In: Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 2008. Intercultural German Studies. München: iudicium, 80-96.

Peters, Tim (2008): Macht im Kommunikationsgefälle - Der Arzt und sein Patient. Berlin: Frank und Timme.

Quasthoff-Hartmann, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl/ Hans-Heinrich Raspe (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite: Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg, 70-101.

Quasthoff, Uta M. (1990): Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von Alltag und Institution am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patienten-Interaktionen. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 66-82.

Raspe, Hans-Heinrich (1980): Warum fragen Krankenhauspatienten so wenig? Eine medizinsoziologische Untersuchung der Stationsarztvisite. In: Therapiewoche 30, 560-573.

Raspe, Hans-Heinrich (1982): Visitenforschung in der Bundesrepublik. Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen. In: Köhle, Karl/ Raspe, Hans-Heinrich (Hrsg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München u.a.: Urban & Schwarzenberg, 1-15.

Raspe, Hans-Heinrich (1983). Aufklärung und Information im Krankenhaus: medizinsoziologische Untersuchungen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Raspe, Hans-Heinrich/ Nordmeyer, Jutta (1981): Die Stationsarztvisite – Eine verschenkte Möglichkeit? In: Therapiewoche 31, 1021-1025.

Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.) (1994): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rehbein, Jochen (1993): Ärztliches Fragen. In: Löning, Petra/ Rehbein, Jochen (Hrsg.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin: de Gruyter, 311-364.

Rehbein, Jochen/ Löning, Petra (1995): Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Hamburg: Hamburger Zentrum für Mehrsprachigkeit und Sprachkontakte.

Reineke, Silke/ Spranz-Fogasy, Thomas (2013): Arzt-Patient-Kommunikation: Allgemeine Merkmale und Besonderheiten bei Brustkrebspatienten. In: Nittel, Dieter/ Seltrecht, Astrid (Hrsg.): Krankheit: Lernen im Ausnahmezustand? Brustkrebs und Herzinfarkt aus interdisziplinärer Perspektive. Berlin/Heidelberg: Springer, 443-454.

Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27-65.

Sator, Marlene (2003): Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im Ärztinnen-Patientinnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Magisterarbeit, Universität Wien.

Sator, Marlene (2011): Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. Göttingen: V&R unipress.

Sator, Marlene/ Gstettner, Andreas/ Hladschik-Kermer, Birgit (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat ‚Tumor' – Das war's." Arzt-Patienten-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 120, 158-170.

Sator, Marlene/ Spranz-Fogasy, Thomas (2011): Medizinische Kommunikation. In: Knapp, Karlfried et al. (Hrsg.): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch, 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Tübingen: Francke, 376-393.

Schnell, Martin W./ Langer, Thorsten (Hrsg.) (2009): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Hans Marseille Verlag.

Schöndienst, Martin (2001): Zur Differenzialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen. In: Akt Neurol 28, 33-36.

Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: ZGL 15, 293-302.

Spranz-Fogasy, Thomas (1990): Ärztliche Kommunikation: Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 143-155.

Spranz-Fogasy, Thomas (1992): Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung. In: Fiehler, Reinhard/ Sucharowski, Wolfgang (Hrsg.): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen: Westdeutscher Verlag, 68-78.

Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention.Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.

Spranz-Fogasy, Thomas (2007): Miteinander reden – Ärzte und Patienten im Gespräch. In: Sprachreport 23, 2-9.

Spranz-Fogasy, Thomas (2008): Zur Analyse der Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche mit Patienten. In: Health Communication 3, 48-59.

Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf/ Reitemeier, Ulrich/ Schmitt, Reinhold/ Spranz-Fogasy, Thomas:Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27-116.

Spranz-Fogasy, Thomas (2014): Anticipatory reactions: Patients' answers to doctors' questions. In: Graf, Eva-Maria/ Sator, Marlene/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Discourses of Helping Professions. Amsterdam: Benjamins, 205-226.

Spranz-Fogasy, Thomas (2016): Was denkt der Arzt, was sagt er? Hypothesenbildungsprozesse in einem ärztlichen Gespräch. In: Felder, Ekkehard/ Lieb, Ludger (Hrsg.): Texte. Seit 1386. Gedichte – Kurzprosa – Sprachdaten. Heidelberg: Winter, 245-252.

Spranz-Fogasy, Thomas/ Lindtner, Heide (2009): Fragen und Verstehen: Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient. In: Felder, Ekkehard/ Müller, Marcus (Hrsg.): Wissen durch Sprache. Berlin: de Gruyter, 141-169.

Spranz-Fogasy, Thomas/ Winterscheid, Jenny (2013): Medizinische Kommunikation. Allgemeine und pädiatrische Gespräche. In: Bentele, Günter/ Piwinger, Manfred/ Schönborn, Gregor (Hrsg.): Kommunikationsmanagement. Strategien, Wissen, Lösungen. Neuwied: Luchterhand, 1-33.

Streeck, Sabine (2002): Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde. In: In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispiele. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 174-196.
[Online verfügbar unter:
http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/1-174-196.pdf]

White, Sarah J. (2015): Closing clinical consultations. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 170-187.

Winterscheid, Jenny (2015): Pädiatrische Gespräche. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 188-207.

10.4 Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge in der Medizin:

10.4.1 Patienten- und dialogzentrierte Medizin, mündige PatientInnen und partizipative Entscheidungsfindung

Emanuel, Ezekiel J./ Emanuel, Linda L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: Journal of the American Medical Association 16, 2221-2226.

Feuerstein, Günther/ Kuhlmann, Ellen (Hrsg.) (1999): Neoparternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis. Bern: Hans Huber.

Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (1989): Principles of Biomedical Ethics. Oxford: OUP.

Olesen, Frede (2004): Striking the Balance. From Patient-Centered to Dialogue-Centered Medicine. In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 22, 193-194.

Irrgang, Bernhard (1995): Grundriss der medizinischen Ethik. München/Basel: Reinhradt.

Giese, Constanze (2002): Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des ‚Informed Consent' in der Diskussion. Münster: LIT Verlag.

Greenhalgh, Trisha/ Hurwitz, Biran (2005): Was geht uns Narration an? In: Greenhalgh, Trisha / Hurwitz, Biran (Hrsg.): Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 19-35.

Klemperer, David (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen, Norbert/ Fließgarten, Anja/ Nebling, Thomas (Hrsg.): Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient, 139-155. München: Nomos.

Klemperer, David (2003): Arzt-Patient-Beziehung: Entscheidung über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. In: Deutsches Ärzteblatt 12, 753-755.
Klemperer, David (2003): Partizipation der Patienten an medizinischen Entscheidungen. In: Managed Care, 15, 8-11.
Klemperer, David (2003). Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
Klemperer, David/ Rosenwirth, Melanie (2005): Chartbook Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen, 2. Auflage. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
Klemperer, David (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – Vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 1: Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. In: Balint 6, 71-79.
Klemperer, David (2005): Shared Decision Making und Patientenzentrierung – Vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Teil 2: Risikokommunikation, Interessenkonflikte, Effekte von Patientenbeteiligungen. In: Balint 6, 115-123.
Langewitz, Wolf A./ Edelhaimb, Hans-Peter/ Höfner, Claudia/ Koschier, Alexandra/ Nübling, Matthias/ Leitner, Anton (2010): Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 60, 451-456.
McKinley, Robert K./ Middleton, John F. (1999): What Do Patients want from Their Doctors? Content Analysis of Written Patient Agendas for the Consultation. In: British Journal of General Practice 49, 796-800.
Weis, Joachim/ Härter, Martin/ Schulte, Hilde/ Klemperer, David (2011): Patientenorientierung in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. In: Der Onkologe 11, 1115-1136.

10.4.2 Gesprächsanalytische Arbeiten zur Diagnosemitteilung

Brünner, Gisela (2005): Arzt-Patienten-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 90-109.
Ditz, Susanne (2005): Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 224-241.
Ditz, Susanne (2006): Diagnoseübermittlung, Entscheidungsfindung und präoperatives Aufklärungsgespräch. In: Ditz, Susanne/ Diegelmann, Christa/ Isermann, Margarete (Hrsg.): Psychoonkologie – Schwerpunkt Brustkrebs. Stuttgart: Kohlhammer, 167-174.
Gill, Virginia Teas/ Maynard, Douglas W. (1995): On ‘labelling’ in actual interaction: Delivering and receiving diagnoses of developmental disabilities. In: Social Problems 42, 11-37.
Gill, Virginia Teas/ Maynard, Douglas W. (2006): Explaining illness: patients’ proposals and physicians’ responses. In: Heritage, John/ Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 115-150.
Gülich, Elisabeth/ Brünner, Gisela (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation. In: Brünner, Gisela/ Gülich, Elisabeth (Hrsg.) Krankheit verstehen: Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 17-93.

Günthner, Susanne (2017): Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: Arbeitspapierreihe Sprache und Interaktion (SpIn) 73. [Online verfügbar unter: http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de/arbeitspapiere/arbeitspapier73.pdf.]

Heath, Christian (1989): Institutional form and interactional detail: The delivery of diagnosis in a medical consultation. In: Language et travail, 280-289.

Heath, Christian (1992): The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: Drew, Paul/ Heritage, John (Hrsg.): Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press, 235-267.

Herb, Gudrun/ Streeck, Sabine (1998): Konstruktive Gesprächsgestaltung im Prozess der Diagnoseeröffnung. In: Michael, Theodor/ von Moers, Arpad/ Strehl, Elisabeth (Hrsg.): Spina bifida: Interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung. Berlin/New York: de Gruyter, 24-28.

Ijas-Kallio, Taru/ Ruusuvuori, Johanna/ Peräkylä, Anssi (2010). Patient involvement in problem presentation and diagnosis delivery in primary care. In: Communication & Medicine 7, 131-141.

Maynard, Douglas W. (1989): Notes on the delivery and reception of diagnostic news regarding mental disabilities. In: Helm, David.T./ Timothy, W./ Anderson, Albert/ Meehan, Jay, / Warefield Raws, Anne (Hrsg.): The Interactional Order: New Directions in the Study of Social Order. New York: Irvington, 54-67.

Maynard, Douglas W. (1991): The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. In: Boden, Deirdre/ Zimmermann, Don H. (Hrsg.): Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis. Cambridge: Polity Press, 162-192.

Maynard, Douglas W., (1992): On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. In: Drew, Paul/ John Heritage (Hrsg.): Talk at Work: Interaction in Institutional Settings. Cambridge: Cambridge University Press, 331-358.

Maynard, Douglas W. (1997): The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. In: Research on Language and Social Interaction 30 (2), 93-130.

Maynard, Douglas W. (2003): Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings. Chicago/London: University of Chicago Press.

Maynard, Douglas W. (2006): “Does it mean I’m gonna die?” On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. In: Social Science and Medicine 62, 1902-1916.

Maynard, Douglas W./ Frankel, Richard M. (2003): Indeterminancy and uncertainty in the delivery of diagnostic news in internal medicine: A single case analysis. In: Glenn, Phillip / LeBaron, Curtis D. / Mandelbaum, Jenny (Hrsg.): Studies in Language and Social Interaction: In Honor of Robert Hopper. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 393-410.

Maynard, Douglas W./ Frankel, Richard M. (2006): On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In: Heritage, John/ Douglas W. Maynard (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 248-278.

Meyer, Bernd (2000): Medizinische Aufklärungsgespräche: Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 8, 1-38.

Peräkylä, Anssi (1998): Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care. In: Social Psychology Quarterly 61, 301-320.

Peräkylä, Anssi (2002): Agency and authority: Extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. In: Research on Language and Social Interaction 35, 219-247.

Peräkylä, Anssi (2006): Communicating and responding to diagnosis. In: Heritage, John/ Maynard, Douglas W. (Hrsg.): Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 214-247.

Schedl, Evi/ Nikendei, Christoph/ Ehrenthal, Johannes C./ Spranz-Fogasy, Thomas (2018): Vages

Sprechen in psychotherapeutischen Diagnosegesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/vages-sprechen.pdf]

Schöffler, Marta/ Spranz-Fogasy, Thomas (2012): ja m_hm – Patientenreaktionen auf prädiagnostische Mitteilungen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 57, 1-32.

Spranz-Fogasy, Thomas (2014a): Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin/Boston: de Gruyter.

Spranz-Fogasy, Thomas (2014b): Before the 'official diagnosis'. A focus on prediagnostic statements. In: Ehernberger Hamilton, Heidi/ Chou, Wen-Ying Sylvia (Hrsg.): The Routledge handbook of language and health communication. London/New York: Routledge, 423-442.

Spranz-Fogasy, Thomas/ Becker, Maria (2015): Beschwerdenexploration und Diagnosemitteilung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 93-115.

10.4.3 Leitfäden zur Diagnosemitteilung

Baile, Walter F./ Buckman, Robert/ Lenzi, Renato/ Glober, Gary/ Beale, Estela A./ Kudelka, Andrzey P. (2000): SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. In: The Oncologist 5, 302-311.

Köhle, Karl/ Obliers, Reiner/ Koerfer, Armin (2010): Diagnosemitteilung – Ein Leitfaden. In: Kreienberg Rolf/ Möbus, Volker/ Jonat, Walter / Kühn, Thorsten (Hrsg.): Mammakarzinom: Interdisziplinär. 4. Aufl. Berlin u.a.: Springer, 328-336.

10.4.4 Gesprächsanalytische Arbeiten zur Therapieplanung

Becker, Maria (2015): Ärztliche Empfehlungen in Therapieplanungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2015/pdf/therapieplanung.pdf]

Becker, Maria/ Spranz-Fogasy, Thomas (2017): Empfehlen und Beraten: Ärztliche Empfehlungen im Therapieplanungsprozess. In: Pick, Ina (Hrsg.): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Frankfurt a. M. u.a.: Lang, 163-184.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram / Whelan, Tim J. (1996): Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does It Mean? (or It Takes At Least Two to Tango). In: Social Science & Medicine 44, 681-692.

Charles, Cathy/ Gafni, Amiram/ Whelan, Tim J. (1999): What Do We Mean by Partnership in Making Decisions about Treatment? In: British Medical Journal 319, 780-782.

Döll, Anika (2012): Shared-Decision-Making in der Allgemeinmedizin. Eine systematische Analyse des aktuellen empirischen Forschungsstands. Dissertation. Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Edwards, Adrian/ Elwyn, Glyn (Hrsg.) (2009): Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. 2. Auflage. Oxford: Oxford University Press.

Kindt, Walther (1984): Zur interaktiven Behandlung von Deutungen in Therapiegesprächen. Journal of Pragmatics 8, 731-751.

Klüber, Maike/ Motsch, Johann/ Spranz-Fogasy, Thomas (2012): “wenn sie sonst jetzt zum eingriff keine fragen mehr haben dann unterschreiben (.) sie noch mal hier”. Verständigungssicherung in anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen – Arztangebote und Patientenfragen. In: Deutsche Sprache 3/12, 240-268.

Koerfer, Armin/ Albus, Christian (2015): Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 116-134.

Koerfer, Armin/ Albus, Christian (2018): Aufklärungs- und Entscheidungsdialoge. In: Koerfer, Armin/ Albus, Christian (Hrsg.): Kommunikative Kompetenz in der Medizin: Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik, Praxis und Evaluation der ärztlichen Gesprächsführung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 469-563.
[Online verfügbar unter:
www.verlag-gespraechsforschung.de/2018/pdf/kommunikative-kompetenz.pdf]

Peters, Tim (2015): „Sie können sich das quasi aussuchen, welches sie nehmen.“ – Die interaktionale Aushandlung der therapeutischen Entscheidungsfindung in der medizinischen Ausbildung. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
[Online verfügbar unter:
http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2015/pdf/entscheidungsfindung.pdf]

Richard, Claude / Lussier, Marie-Thérèse (2014): The Art of Medical Information Exchange. In: Martin, Leslie R./ DiMatteo, M. Robin (Hrsg.): The Oxford Handbook of Health Communication, Behaviour Change and Treatment Adherence. New York: Oxford University Press, 54-83.

Rockenbauch, Katrin/ Schildmann, Jan (2011): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtsarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. Das Gesundheitswesen 73, 399-408.

Scheibler, Fülöp (2004): Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Verlag Hans Huber.

Spranz-Fogasy, Thomas (1988): Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. In: Deutsche Sprache 3/88. Berlin: Schmidt, 240-258.

Spranz-Fogasy, Thomas/ Klüber, Maike/ Motsch, Johann (2012): Patientenbeteiligung im Prämedikationsgespräch. “Falls Sie jetzt keine Fragen mehr haben …” In: AINS 10 (Zeitschrift für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie), 656-659.

Stivers, Tanya (2006): Treatment Decisions. Negotiations between Doctors and Parents in Acute Care Encounters. In: Maynard, Douglas W. / Heritage, John (Hrsg.): Communication in Medical Care. Cambridge: Cambridge University Press, 279-312.

10.5 Trösten, Emotionalität, Empathie und Vertrauen

10.5.1 Gesprächsanalytische Arbeiten

Bahlo, Nils/ Fürstenberg, Indra/ Drost, Michaela (2015): „muss der papa STREI:cheln?“ – Modalkonstruktionen in interaktionalen Trostprozessen mit Kleinkindern. In: Bücker Jörg/ Günthner, Susanne/ Imo, Wolfgang (Hrsg.): Konstruktionsgrammatik V. Tübingen: Stauffenburg, 269-290.

Fiehler, Reinhard (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Neises, Mechthild/ Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 256-284.

Imo, Wolfgang (2017a): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. In: Zeitschrift für Angewandte Linguistik 67, 25-49.

Imo, Wolfgang (2017b): Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. In: Muttersprache 3/17, 197-225.

Kupetz, Maxi (2014): ‚Mitfühlend sprechen‘: Zur Rolle der Prosodie in Empathiedarstellungen. In: Barth-Weingarten, Dagmar/ Szczepek-Reed, Beatrice (Hrsg.): Prosodie und Phonetik in der Interaktion. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 87-114. [Online verfügbar unter: https://www.verlag-gespraechsforschung.de/2014/pdf/prosodie.pdf]

Kupetz, Maxi (2015): Empathie im Gespräch – Eine interaktionslinguistische Perspektive. Tübingen: Stauffenburg Linguistik.

Koerfer Armin/ Obliers, Rainer/ Köhle, Karl (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in psychosomatischer Grundversorgung. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 6, 243-62.

Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin/Boston: de Gruyter, 154-169.

Rosumek, Silke (1990): Sprachliche Rituale: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Ehlich, Konrad/ Koerfer, Armin/ Redder, Angelika/ Weingarten, Rüdiger (Hrsg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 27-65.

10.5.2 Nicht gesprächsanalytisch fundierte Arbeiten

Cape, John/ McCulloch, Yvonne (1999): Patients' Reasons for Not Presenting Emotional Problems in General Practice Consultations. In: British Journal of General Practice 49, 875-879.

Petzold, Hilarion G. (2004): Psychotherapeutische Begleitung und ‚Trostarbeit‘ bei Sterbenden – ein integriertes Konzept für die Thanatotherapie. In: Polyloge 5, 1-35.

Petzold, Hilarion G. (2007): Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Integrativen Therapie. [Online verfügbar unter: www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/seelsorge_und_glaube/krankheit_und_pflege/.content/.galleries/ethik-medizin-pflege/Vortraege_Seminarunterlagen/2009-12-01-Trost-TrostarbeitModelle.pdf.]

Petzold, Hilarion (2010): Trauer, Complicated Grief, Trost, Trostarbeit – integrative Perspektiven. In: Polyloge 18, 1-7.
Schnelzer, Thomas (2005): Trauernde trösten. Regensburg: Verlag Friedrich Pustet.
Weymann, Volker (1989): Trost? Orientierungsversuch zur Seelsorge. Zürich: Theologischer Verlag.

10.6 Arbeiten zu Patientenanliegen

Becker-Mrotzek, Michael / Brünner, Gisela (2007): Anliegensklärung: Anliegen formulieren und explorieren. In: Redder, Angelika (Hrsg.): Diskurse und Texte. Festschrift für Konrad Ehlich zum 65. Geburtstag. Tübingen: Stauffenburg, 665-682.
Gülich, Elisabeth (1999): ‚Experten' und ‚Laien': Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften (Hrsg.): Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht. Hildesheim: Olms, 165-169.
Jerant, Anthony/ Fenton, Joshua J. / Kravitz, Richard L. / Tancredi, Daniel J. / Magnan, Elizabeth / Bertakis, Klea D. / Franks, Peter (2018): Association of Clinician Denial of Patient Requests With Patient Satisfaction. In: JAMA internal medicine 178, 85-91.
Jobst, Detmar/ Fuchs, André/ Joest, A./ Nagel, Nikolaus (2007): Anliegen und Wünsche gesunder Patienten - wie gehen Hausärzte damit um? In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 69, 607-611.
Lalouschek, Johanna (2007): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen von Patientinnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt ‚Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung.' (work in progress Version 07/5)
Lalouschek, Johanna (2013): Anliegensklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Menz, Florian (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V & R unipress, 353-444.
Löning, Petra (1994): Versprachlichung von Wissensstrukturen bei Patienten. In: Redder, Angelika/ Wiese, Ingrid (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97-114.
Wiese, Ingrid (2001): Aspekte des Wissenstransfers im Bereich der Institution Gesundheitswesen. In: Wichter, Sigurd/ Antos, Gerd (Hrsg.): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. [Transfer, Band 1]. Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag, 227-235.

10.7 Arbeiten zur Palliativmedizin

Göckenjan, Gerd/ Dreßke, Stefan (2005): Sterben in der Palliativversorgung. In: Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot, 147-167.
Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold (2005): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens: Einleitung. In: Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Berlin: Duncker & Humblodt, 11-30.
Lindtner-Rudolph, Heide/ Bardenheuer, Hubert J. (2015): Sprache am Lebensende: Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin. In: Busch, Albert/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin: de Gruyter, 243-263.

Lindtner-Rudolph, Heide (i.V.): Kommunikation in der Palliativmedizin: Eine linguistische Gesprächsanalyse von Diskursen zwischen ÄrztInnen, schwerkranken PatientInnen und Angehörigen.

Pfeffer, Christine (2005). „Ich hab' gar nicht gemerkt, wie ich da reingezogen wurde": Zur Dynamik von Individualisierung und Nähe in der Pflegearbeit stationärer Hospize. In: Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot, 103-124.

Streckeisen, Ursula (2005): Das Lebensende in der Universitätsklinik. Sterbendenbetreuung in der Inneren Medizin zwischen Tradition und Aufbruch. In: Knoblauch, Hubert/ Zingerle, Arnold (Hrsg.): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Duncker & Humblot, 125-146.

10.8 Pflegekommunikation

10.8.1 Analysen zur Pflegekommunikation

Abt-Zegelin, Angelika (2005): Sprache und Pflegedokumentation. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Bern: Huber, 111-130.

Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (Hrsg.) (2005): Sprache und Pflege. Bern: Huber.

Backs, Stephan/ Lenz, Reinhard (1998): Kommunikation und Pflege. Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis. Wiesbaden.

Bartholomeyczik, Sabine (1996): Über die Wechselwirkung von Sprache und Beruf. In: Pflege Aktuell 1996/3, 170-175.

Bartholomeyczik, Sabine (2005): Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In: Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Bern: Huber, 19-32.

Brünner, Gisela (2005): Gespräche zwischen Pflegenden und PatientInnen aus linguistischer Sicht. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Bern: Huber, 61-68.

Posenau, André (2014): Analyse der Kommunikation zwischen dementen Bewohnern und dem Pflegepersonal während der Morgenpflege im Altenheim. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
[Online verfügbar unter:
http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2014/pdf/demenz.pdf]

Posenau, André (2016): Pflegeanamnese. In: Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 16/5. Stuttgart: Kohlhammer, 292 -295.

Sachweh, Svenja (2000): „Schätzle hinsitze!". Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Lang.

Sachweh, Svenja (2003): „so frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑": Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: Fiehler, Reinhard/ Thimm, Caja (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 143-160.
[Online verfügbar unter:
http://verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf]

Walther, Sabine (2001a): Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Bern: Huber.

Walther, Sabine (2001b): Das Erstgespräch. In: Die Schwester / Der Pfleger 40, 142-145.

Walther, Sabine (2002): Missverständnisse – Konflikte – Verständigungsschwierigkeiten. Störungen in der beruflichen Kommunikation Pflegender mit Patienten. In: Angewandte Forschung in Praxis, Lehre und Management 2, 350-373.
Walther, Sabine (2005a): Erstgespräche zwischen Pflegepersonal und Patienten im Krankenhausalltag: Ein Transkriptband. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
Walther, Sabine (2005b): Sprechen als Pflegehandlung. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Bern: Huber, 51-56.
Weinhold, Christine (1991): Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals. In: Zeitschrift für Germanistik 3, 674-684.
Weinhold, Christine (1997): Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal: Eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus. Bern: Huber.
Weinhold, Christine (2005): Die pflegerische Kommunikation mit Patienten. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. Bern: Huber, 57-60.

10.8.2 Kommunikationstrainings für die Pflegekommunikation

Fricke, Susanne (2006): Kommunikation in der Altenpflege. Eine Fallstudie und ein Kommunikationstraining. [Online verfügbar unter: http://pub.uni-bielefeld.de/publication/2304168]
Herzig-Walch, Gabriele (2009): Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal. Kassel: University Press.
Lepschy, Annette (2002): Lehr- und Lernmethoden zur Entwicklung von Gesprächsfähigkeit. In: Brünner, Gisela/ Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 2: Methoden und Anwendungsgebiete. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 50-71. [Online verfügbar unter: http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/diskursforschung/Band2.pdf].
Peters, Tim (2016): Wie können sich Pflegende auf schwierige Gespräche vorbereiten? In: Posenau, André (2016): Kommunikation in der Pflege. In: CNE.fortbildung. certified nursing education, 16/3. Stuttgart: Thieme Verlag.
Posenau, André (2013): Schwierige Momente während der Morgenpflege mit angepasster Kommunikation besser bewältigen. In: Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 13/2, 75-80.
Posenau, André (2016a): Klientenorientierte und interprofessionelle Kommunikation. Bochum: HSG University Press.
Posenau, André (2016b): Gespräche gestalten die Pflegebeziehung. In: Posenau, André (2016): Kommunikation in der Pflege. IN: CNE. fortbildung. certified nursing education, 16/3, 1-5.
Posenau, André (2016c): Interprofessionelle Interaktionen im Kontext der Pflege. In: Pflegezeitschrift. Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege 16/7, 383-385.
Posenau, André (2017): Interprofessionelle Lehreinheiten für Physiotherapeuten. In: PT – Zeitschrift für Physiotherapie 69, 85-89.
Posenau, André/ Schumacher, Julia (2017): Empraktische Kommunikation und Skills-Lab-Training am Beispiel der Pflege. In: Peters, Tim/ Thrien, Christian: Simulationspatienten – Ein Handbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen und darüber hinaus. Bern: Hogrefe, 155-166.