

Inhalt

Vorwort	3
----------------------	---

A Einleitung

1 Mit Patientinnen reden – Eine Einführung in die Thematik und Konzeption	3
<i>Ditz, Neises, Spranz-Fogasy</i>	
2 Curriculum zur Vermittlung der „Psychosomatischen Frauenheilkunde“ im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	10
<i>Neises</i>	
2.1 Aufgaben der Weiter- und Fortbildung	10
2.2 Inhalte der Theorieseminare	12
2.3 Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken	13
2.4 Vermittlung der Lehrinhalte	13
2.5 Qualitätssicherung	14

B Allgemeine Aspekte ärztlicher Gespräche

1 Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration	17
<i>Spranz-Fogasy</i>	
1.1 Einleitung	17
1.2 Grundlagen der linguistischen Gesprächsanalyse	18
1.2.1 Grundeigenschaften von Gesprächen	18
1.2.2 Ebenen der Interaktionskonstitution	18
1.2.3 Das Konzept des Handlungsschemas	19
1.3 Die Handlungsstruktur des ärztlichen Gesprächs	20
1.4 Alternativen der Gesprächseröffnung	23
1.4.1 Kommunikative Aufgaben	23
1.4.2 Eröffnungszüge in ärztlichen Gesprächen	25

1.5	Aktives Zuhören und aktive Beschwerdenexploration	27
1.5.1	Rückmeldung an den Patienten	28
1.5.2	Kommentare	31
1.5.3	Ärztliches Fragen	35
1.5.3.1	Grundprobleme der Beschwerdenexploration	35
1.5.3.2	Ärztliche Konzepte der Exploration	36
1.5.3.3	Präzisierungsfragen	37
1.5.3.4	Komplettierungsfragen	39
1.5.3.5	Exkurs	42
1.5.3.6	Fragetypen	43
1.6	Zusammenfassung	46
2	Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese	48
	<i>Lalouschek</i>	
2.1	Einleitung	48
2.2	Unterschiedliche Medizinkonzepte und ärztliches Gespräch	48
2.2.1	Die biomedizinische Perspektive	49
2.2.2	Die psychosomatische Perspektive	50
2.3	Die Anamnese	52
2.3.1	Die biomedizinische Anamnese	53
2.3.1.1	Die Anfangsphase	53
2.3.1.2	Die Einführung des ersten Themas	55
2.3.1.3	Die Erhebung der aktuellen Beschwerden	56
2.3.1.4	Die Interaktionsfunktion der Anamnese	59
2.3.2	Die psychosomatische Anamnese	62
2.3.2.1	Die Eröffnungsphase: Gesprächsökonomie durch Orientierung .	63
2.3.2.2	Die Beschwerdendarstellung der Patienten: Das Problem der offenen und geschlossenen Fragen	64
2.3.2.4	Vertiefte Beschwerdenexploration: Die interaktive Prozes- sierung von Symptomen und emotionalen Gehalten	68
2.3.2.4	Abschlussphase	70
3	Krankheitserzählungen	73
	<i>Gülich</i>	
3.1	Einleitung: Von Krankheiten erzählen?	73
3.1	Was bedeutet und was leistet Erzählen für die Kommunikation?	74
3.3	Fallanalyse	79
3.3.1	Fokusverschiebungen: von den aktuellen Schmerzen zur Lebensgeschichte	79
3.3.1.1	Gesprächsbeispiel: Eingangsphase	79
3.3.1.2	Gesprächsbeispiel: Einbringen biografischer Zusammenhänge ..	81
3.3.1.3	Fazit	82

3.1.2	Reformulierungen der Ärztin als Auslöser für neue Erzählsequenzen	82
3.3.3	Szenische Darstellungen der Patientin	84
3.4	Erzählen als Form der Krankheitsverarbeitung	87
3.5	Fazit	88
4	Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation	90
	<i>Brünner</i>	
4.1	Experten und Laien	90
4.2	Verstehen und Verständigung in der APK	91
4.2.1	Wissensunterschiede und Wissenstransfer	91
4.2.2	Fachbegriffe	94
4.3	Veranschaulichung	97
4.3.1	Metaphern und Vergleiche	97
4.3.2	Beispiele und Konkretisierungen, Beispielerzählungen und Szenarios	101
4.4	Umgang mit Perspektivendifferenzen	103
5	Verbale und non-verbale Kommunikation	110
	<i>Neises</i>	
5.1	Verbale und non-verbale Botschaften des Sprechens	111
5.2	Spezielle Aspekte der verbalen und non-verbalen Kommunikation ..	115
5.3	Verbaler und non-verbaler Aufbau des Kontaktes mit der Patientin ..	116
5.4	Körperhaltung	117
5.5	Zusammenfassende Empfehlung	118
6	Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch	120
	<i>Fiehler</i>	
6.1	Grundproblematik	120
6.2	Begriffsklärungen	121
6.3	Manifestation, Deutung und Prozessierung von Erleben und Emotionen	122
6.4	Bezugspunkte des Erlebens	123
6.5	Musterdivergenz: Anteilnahme vs. Behandlung	125
6.6	Umgang mit Erleben und Emotionen	127
6.6.1	Prozessierung von Erleben und Emotionen	128
6.6.2	Antizipation des Patientenerlebens – Gefühlsarbeit	131
6.7	Konsequenzen	133

7	Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin	137
	<i>Koerfer, Oblers, Köhle</i>	
7.1	Zwischen Paternalismus und Dienstleistung	137
7.2.	Entscheidungsmodelle als Beziehungsmodelle	139
7.2.1	Paternalismus und therapeutisches Privileg	140
7.2.2	Dienstleistung und Information	140
7.2.3	Kooperation und Aushandlung	142
7.3	Exemplarische Kasuistik	144
7.3.1	Autoritärer Paternalismus	144
7.3.2	Von der Dienstleistung zur Kooperation	145
7.3.3	Bewährungsprobe geteilter Entscheidung	147
7.4	Dialogische Medizin und Passungsprobleme	149
7.4.1	Differenzierter und ambivalenter Partizipationsbedarf	150
7.4.2	Ärztliche Flexibilität und Modellwechsel	151
7.4.3	Symmetrische Kommunikation und Kommunikationsverzicht ..	152
7.5	Empfehlungen für die Praxis (Do's und Dont's)	154

C Spezielle Aspekte Ärztlicher Gespräche in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1	Männer reden – Frauen reden, Gender-Aspekte der Gesprächsführung	161
	<i>Neises</i>	
1.1	Einleitung	161
1.2	Gender-Aspekte der Kommunikation	162
1.2.1	Unterbrechung im Gespräch als geschlechtsspezifisches Verhalten	164
1.2.2	Öffentliches Sprechen von Frauen und Männern	164
1.2.3	Der Ton macht die Musik	165
1.2.4	Geschlecht als Identitätskategorie in der Kommunikation	165
1.3	Theorie und Geschlecht in der gynäkologischen Psychosomatik	166
1.4	Kommunikatives Verhalten von Ärztinnen und Ärzten	169
1.5	Zusammenfassende Empfehlung	171

2	Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz	174
	<i>Menz, Lalouschek</i>	
2.1	Einleitung: Fehleranfällige Diagnosen bei Frauen	174
2.2	Ergebnisse	175
2.2.1	Unterschiede der Fokussierung: Hochstufung versus Rückstufung des Schmerzerlebens	175
2.2.2	Selbstbeschreibung: Schmerz ertragend versus Schmerz bewältigend	177
2.2.3	Wunsch nach Ursachenklärung	179
2.2.4	Konkretheit und Diffusität der Schmerzdarstellung	180
2.3	Zusammenfassung	183
3	Präventiv-medizinische Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge 186	
	<i>Leeners</i>	
3.1	Schwangerschaftsnachweis	186
3.2	Ärztliches Rollenverständnis/Ziel der präventiv-medizinischen Beratung	187
3.3	Hintergrund der ärztlichen Begleitung	187
3.4	Schwangerenvorsorgeuntersuchungen	189
3.5	Integration besonderer Vorerlebnisse	190
3.6	Verhalten während der Schwangerschaft	192
3.6.1	Ernährung	192
3.6.2	Genussmittel	193
3.6.3	Medikamente	193
3.6.4	Körper und Körpererleben	193
3.6.5	Berufstätigkeit	194
3.6.6	Sport	194
3.6.7	Sexualität	195
3.6.8	Reisen	196
3.6.9	Schwangerschaftsbeschwerden	196
3.7	Integration des Partners in Gespräche	197
3.8	Geburtsvorbereitung	197
3.9	Stillvorbereitung	198
4	Präventivmedizinische Beratung im Rahmen der Krebsfrüherkennung 199	
	<i>Leeners</i>	
4.1	Krebsprävention	200
4.1.1	Psychosoziale Faktoren in der Karzinogenese	200
4.1.2	Expositionsprophylaxe: Umgang mit Risikofaktoren	202
4.1.3	Exploration klinischer Hinweise auf ein Karzinom	203

4.2	Früherkennung	203
4.2.1	Vorbereitung einer klinischen Untersuchung	205
4.3	Umgang mit einer Verdachtsdiagnose	206
4.4	Genetische Testung auf Mamma- und/oder Ovarialkarzinom	208
5	Traumaspesifische Gesprächsführung	211
	<i>Isermann, Diegelmann</i>	
5.1	Einleitung	211
5.2	Die Besonderheiten traumaspezifischer Informationsverarbeitung	212
5.2.1	Trauma und posttraumatische Reaktionen	212
5.2.2	Die Posttraumatische Belastungsstörung	212
5.2.3	Neurobiologische Grundlagen	214
5.3	Konsequenzen für die ärztliche Gesprächsführung	215
5.3.1	Stressabbau und Vermeidung von Überflutung	215
5.3.2	Benennen und „normalisieren“ von PTBS-Symptomen	218
5.3.3	Stabilität und Kontrollgefühl der Patientin erhöhen	219
6	Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs	224
	<i>Ditz</i>	
6.1	Einleitung	224
6.2	Schaffung einer gemeinsamen Wirklichkeit	225
6.3	Der Stellenwert kommunikativer Fähigkeit	225
6.4	Diagnosephase	226
6.5	Kommunikative Aspekte beim Überbringen der Diagnose Krebs	227
6.5.1	Gespräch vorbereiten	227
6.5.1.1	Wer klärt auf?	227
6.5.1.2	Rahmenbedingungen	228
6.5.2	Vorwissen klären	229
6.5.3	Informationsbedürfnis erkunden	232
6.5.4	Wissen vermitteln	232
6.5.5	Emotionale Bewältigung	238
6.5.6	Der Gesprächsabschluss	240
7	Das präoperative Gespräch – Patientenorientierung und gemeinsame Entscheidungsfindung	242
	<i>Jung</i>	
7.1	Einleitung	242
7.2	Das präoperative Aufklärungsgespräch	243
7.2.1	Vorgaben/handlungsleitende Ziele des präoperativen Gesprächs	245
7.2.1.1	Kooperatives Arbeitsbündnis („Compliance“)	245

7.2.2	Aufgabenstruktur: Handlungsschema „präoperatives Gespräch“	247
7.2.2.1	Ängste/Befürchtungen paraphrasieren bzw. ausdrücken	248
7.2.2.2	Reaktion auf Emotionalität	249
7.2.3	Patientenorientierte Kommunikation im präoperativen Gespräch	251
7.2.3.1	Patientenorientierung und auxiliäre Gesprächsführung	252
7.2.3.2	Zusammenfassung: Patientenorientierung	253
7.3	Schlussbemerkungen und Ausblick	254
8	Das Visitentgespräch – Chancen einer dialogischen Medizin	256
	<i>Koerfer, Obliers, Köhle</i>	
8.1	Lebenswelt und Medizin	256
8.2	Kommunikationsdefizite und -störungen	257
8.2.1	Quantitative Visitenforschung	258
8.2.2	Qualitative Visitenanalysen	260
8.3	Internistisch-psychosomatische Modellstation	262
8.3.1	Patientenzentrierte Visitenführung	262
8.3.2	Die Visite als Dialog	262
8.3.3	Evaluation	263
8.4	Erzählen in der Visite	264
8.4.1	Narrative Medizin	264
8.4.2	Gemeinsame Konstruktion von Krankengeschichten	265
8.4.3	„Ich bin nur gesund, wenn ich kann schaffe“	266
8.4.3.1	Eröffnung und Untersuchung	266
8.4.3.2	Transformation zur bio-psycho-sozialen Anamnese: vom Schmerz zum Narrativ	267
8.4.3.3	Biopsychosoziale Themenprogression	273
8.4.3.4	Erzählen als Dialog	275
8.4.3.5	Lebensentwurf, Lebensverlauf und Lebensbewertung	276
8.4.3.6	Zusammenfassung	280
8.5	Empfehlungen für die Praxis (Do's und Dont's)	280
9	Verbale Interaktion im Kollektiv	285
	<i>Ploeger</i>	
9.1	Einleitung	285
9.2	Ärztliche Interaktion in den Institutionen „Klinik“ und „Praxis“	286
9.3	Ärztliche Interaktion in der Gruppe des behandelnden Teams	287
9.4	Ärztliche Interaktion in Gruppen von Patientinnen	289
9.4.1	Class-Method (Klassen-Methode), Gesprächskreise	289
9.4.2	Selbsthilfegruppen	290
9.4.3	Gruppenpsychotherapie	290
9.5	Ärztliche Interaktion bei Gruppenaktivitäten in der Weiterbildung	294
9.5.1	Selbsterfahrungsgruppen	294
9.5.1	Balint-Gruppen	295

9.5.3	Interventionsgruppen	296
9.5.4	Supervisionsgruppen	296
9.5.5	Qualitätsgruppen(-zirkel)	297

10 Krankheitsverlauf, subjektive Krankheitstheorie und sekundäre Symbolisierung bei Patientinnen mit Mammakarzinom 299

Becker

10.1	Einleitung	299
10.2	Körpersprache und Ätiologie des psychosomatischen Symptoms	300
10.3	Sekundäre Symbolisierung und subjektive Krankheitstheorie	301
10.4	Die Bedeutung der Körpersprache und subjektiven Krankheitstheorie des Arztes für die Arzt-Patient-Beziehung	303
10.5	Die therapeutische Bedeutung von Körpersprache, sekundärer Symbolisierung und subjektiver Krankheitstheorie	305

11 Gespräche mit Paaren und Familien – systemisches Arbeiten in der Gynäkologie 309

Stammer, Retzlaff

11.1	Gesprächsführungstechniken	311
11.1.1	Beispiele für Fragen zu Krankheits- und Bewältigungskonzepten der Familie	312
11.1.2	Beispiele für ressourcenaktivierende Fragen nach der Krankheitsbewältigung	312
11.2	Fallbeispiel	313

12 Migrantinnen verstehen und erreichen – nicht nur eine Frage der sprachlichen Verständigung 325

Borde, David

12.1	Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik Deutschland	325
12.2	Information und Sprache	326
12.3	Interkulturelle Kommunikation	328
12.4	Basiswissen und Informiertheit	329
12.5	Arzt-Patienten-Gespräche: Erwartungen und Zufriedenheit	331
12.6	Störfaktoren in der Arzt/Ärztin-Patientin-Interaktion	332
12.7	Fallbeispiel: Gespräch „über Dritte“	333
12.8	Schlussfolgerungen	337

13	„Gut Herrr Doktor!“ Gespräche mit alten Patientinnen	339
	<i>Sachweh</i>	
13.1	Einleitung	339
13.2	Faktoren, die das Gesprächsverhalten Älterer beeinflussen	340
13.2.1	Biomedizinische Aspekte	340
13.2.2	Soziale Aspekte	340
13.2.3	Psychische Aspekte	341
13.2.3.1	„Unterwerfung“ unter ärztliche Autorität	341
13.2.3.2	Größere Schamhaftigkeit	342
13.2.3.3	Ängste	343
13.3.	Das kommunikative Verhalten älterer Patienten	343
13.3.1	Interpretationsbedürftige Ausdrucksweisen	343
13.3.2	Wortfindungsstörungen	344
13.3.3	Erzählungen statt Faktenaufzählungen	345
13.3.4	Das Verschweigen und Herunterspielen von Symptomen	346
13.4	Das kommunikative Verhalten der Ärzte	347
13.4.1	Ärztlicher Ageismus	347
13.4.2	Verschiedene Arten des Fragens	347
13.4.3	Die Thematisierung von Sterben und Tod	348
13.4.4	Wenn ältere Patientinnen begleitet werden	348
13.5	Zusammenfassung	349
13.6	Do's and Don'ts	350
	Transkriptionskonventionen	353
	Die HerausgeberInnen	354
	Autorenverzeichnis	355
	Stichwortverzeichnis	357

