

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Der ältere, multimorbide Patient
Eine qualitative Analyse kommunikativer Präferenzen
und Kompetenzen aus Patientensicht

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet
Medizinische Soziologie

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Olaf Martin

geboren am 23.07.1978 in Mainz

Gutachterin/Gutachter:

1. Prof. Dr. M. Richter
2. Prof. Dr. Y. Stöbel-Richter, Zittau/Görlitz
3. Prof. Dr. H. Berth, Dresden

24.09.2019

28.05.2020

Referat

Während die Arzt-Patienten-Interaktion für bestimmte Erkrankungen gut untersucht ist, fehlt es an Evidenz für den älteren, multimorbiden Patienten: erstens welche kommunikativen Präferenzen dieser krankheitsübergreifend für die Interaktion mit dem Arzt besitzt und zweitens welche kommunikative Kompetenzen zur Gestaltung der Interaktion ihm zur Verfügung stehen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erfassung der kommunikativen Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen des älteren, multimorbiden Patienten bzgl. der Arzt-Patienten-Interaktion. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf den kommunikativen Kompetenzen, die dem Patienten als Ressourcen zur Verfügung stehen, um die ärztliche Interaktion nach den eigenen Präferenzen zu gestalten. Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit ist die Erfassung von Unterschieden in den kommunikativen Präferenzen und Kompetenzen in Abhängigkeit vom Sozialstatus, sowie im Kontext der Art der Krankheitsbewältigung der Patienten.

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen wurde ein qualitatives Design gewählt. Dieser Ansatz ermöglicht eine offene Exploration, so dass die kommunikativen Präferenzen und Kompetenzen in großem Umfang und hohem Detaillierungsgrad erfasst werden können. Dazu wurden 26 Patienten im Alter zwischen 62 bis 83 Jahren mittels teilstandardisierter Interviews zu ihren Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Interaktion befragt. Die Interviews wurden auditiv aufgezeichnet, anschließend transkribiert und nach dem Forschungsparadigma der Grounded Theory ausgewertet. Durch Vergleich und Kontrastierung der Interviews konnte umfassend die Patientenperspektive ausgearbeitet werden.

Es konnten zwei unterschiedliche Patiententypen identifiziert werden, die komplexe Einstellungen, ein vielschichtiges Rollenverständnis und in Abhängigkeit der Patiententypen unterschiedliche kommunikative Präferenzen und Kompetenzen beinhalten. Das Hauptdistinktionsmerkmal der beiden Patiententypen ist eine Passivität beim devotionalen und eine Aktivität beim fordernden Patienten innerhalb der Arzt-Patienten-Interaktion. Dabei werden Belastungen vom devotionalen Patienten ausgehalten und der Fokus liegt auf der Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen. Im Gegensatz dazu wird die Interaktion vom fordernden Patienten aktiv gestaltet, wodurch Belastungen reduziert werden können.

Die Ergebnisse dieser Arbeit machen deutlich, wie wichtig es im ärztlichen Gespräch ist, die unterschiedlichen Grundbedürfnisse des jeweiligen Patiententypus zu berücksichtigen, da es nicht den multimorbiden Patienten gibt. Im Sinne einer adaptiven Gesprächsführung ist es die Aufgabe des Arztes auf die Bedürfnisse des fordernden und devotionalen Patienten individuell einzugehen, um die Compliance des jeweiligen Patiententyps zu erhöhen.

Martin, Olaf: Der ältere, multimorbide Patient. Eine qualitative Analyse kommunikativer Präferenzen und Kompetenzen aus Patientensicht, Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 80 Seiten, 2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole	V
1. Einleitung.....	1
1.1 Gesprächskompetenz	2
1.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion	3
1.2.1 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus Beobachterperspektive.....	5
1.2.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientenperspektive.....	7
1.2.3 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus ärztliche Perspektive.....	8
1.3 Der ältere Patient	9
1.4 Relevanz des Themas	11
2. Zielsetzung.....	12
3. Material und Methodik	13
3.1 Studiendesign.....	13
3.2 Das Forschungsparadigma der Grounded Theory	13
3.3 Datenerhebung.....	15
3.3.1 Leitfaden.....	15
3.3.2 Sozioökonomischer Status.....	16
3.3.3 Soziodemographie	16
3.3.4 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung	17
3.4 Feldzugang und Sample.....	17
4. Ergebnisse.....	20
4.1 Die Unterscheidung des devotionalen und fordernden Patiententyps	20
4.1.1 Krankheitstrias.....	21
4.2 Der Patiententyp des devotionalen Patienten.....	23
4.2.1 Das Phänomen des devotionalen Patienten	23
4.2.2 Ursachen des Phänomens	24
4.2.3 Handlungsstrategien	26

4.2.4	Konsequenzen der Handlungsstrategien.....	29
4.2.5	Weitere spezifische Präferenzen des devotionalen Patienten.....	32
4.2.6	Spezifische Kompetenzen des devotionalen Patienten.....	34
4.2.7	Kernaussagen des devotionalen Patienten.....	38
4.3	Der Patiententyp des fordernden Patienten.....	39
4.3.1	Das Phänomen des fordernden Patienten.....	39
4.3.2	Ursachen des Phänomens.....	42
4.3.3	Handlungsstrategien.....	44
4.3.4	Konsequenzen der Handlungsstrategien.....	45
4.3.5	Weitere spezifische Präferenzen des fordernden Patienten.....	47
4.3.6	Spezifische Kompetenzen des fordernden Patienten.....	53
4.3.7	Kernaussagen des fordernden Patienten.....	55
4.4	Patiententypen, Sozialstatus und TSK.....	56
4.5	Zusammenfassung der Patiententypen.....	58
5.	Diskussion.....	60
5.1	Fazit für die Praxis.....	67
5.2	Stärken und Limitationen.....	68
6.	Zusammenfassung.....	69
	Literatur.....	71
	Thesen.....	83
	Leitfaden.....	VI
	Transkriptionsregeln.....	IX
	Selbstständigkeitserklärung.....	X
	Erklärung über frühere Promotionsversuche.....	XI
	Lebenslauf.....	XII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesprächskompetenz nach (Hartung 2004); eigene Darstellung	3
Abbildung 2: Perspektiven auf die Arzt-Patienten-Interaktion.....	4
Abbildung 3: Interdependenz der A-P-I und A-P-B	5
Abbildung 4: Paradigmatisches Modell nach Strauss & Corbin (1996); eigene Darstellung	14
Abbildung 5: Paradigmatisches Modell des devotionalen Patiententypus.....	23
Abbildung 6: Paradigmatisches Modell des fordernden Patiententypus.....	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rekrutierung	19
Tabelle 2: Sampling Übersicht.....	19
Tabelle 3: Merkmale der Patiententypen	21
Tabelle 4: Verteilung der Patiententypen und Sozialstatus.....	56
Tabelle 5: Patiententypen und Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung.....	57
Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse der Patiententypen	59

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

A-P-B	Arzt-Patienten-Beziehung
A-P-I	Arzt-Patienten-Interaktion
BRD	Bundesrepublik Deutschland
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DAE	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention
GMDS	Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
GT	Grounded Theory
HbA1c	Hämoglobin A1c
IMS	Institut für Medizinische Soziologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
MRT	Magnetresonanztomographie
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
TSK	Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

1. Einleitung

Zur Alltagspraxis gehört die Kommunikation mit unseren Mitmenschen. Der Begriff der Kommunikation ist in diesem Kontext der übergeordnete Begriff, während der Begriff der Interaktion „face-to-face“ Situationen beschreibt [1]. Da diese Arbeit die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zum Gegenstand hat und diese in der Regel eine „face-to-face“ Situation darstellt, werden die beiden Begriffe Kommunikation und Interaktion synonym verwendet. Der Kern von Kommunikation ist der Austausch von Informationen. Dies kann sowohl verbal als auch non-verbal geschehen, weshalb Individuen Informationen in jeder kommunikativen Situation simultan austauschen, wie es Watzlawick [2] im ersten Kommunikationsaxiom bereits formuliert hat. Eine weitere Aufgabe ist, unterschiedliche Wünsche oder Bedürfnisse zu koordinieren. Während Kommunikation als theoretisches Konstrukt beschreibt, wie Informationen ausgetauscht werden, beschreibt der Begriff der Gesprächsführung die professionelle, zielgerichtete Kommunikation, die bewusst gestaltet wird [3]. Bei dem komplexen Prozess der Gesprächsführung steht häufig die Koordinierung unterschiedlicher Anliegen und Bedürfnisse im Fokus. Jeder Gesprächsteilnehmer geht mit unterschiedlichen Anliegen und unterschiedlichen Zielen in ein Gespräch. Der kompetente Sprecher ist sich seiner eigenen Anliegen bewusst und reflektiert diese im Lichte der Anliegen der anderen Gesprächsteilnehmer [3]. Dieses dynamische und komplexe Unterfangen ist recht störungsanfällig, da Situationen unterschiedlich interpretiert werden können [4] oder Nachrichten sich auf unterschiedlichen Ebenen widersprechen bzw. es im Decodierungsprozess zu unterschiedlichen Bedeutungen von Nachrichten kommen kann [5].

Daher sind Kenntnisse, welche Präferenzen und Kompetenzen die beteiligten Gesprächsteilnehmer bezüglich der Gesprächsgestaltung haben, von besonderer Bedeutung, damit eine erfolgreiche und stabile Koordinierung aller Anliegen erfolgen kann. Was allgemein für das Bewältigen von kommunikativen Situationen gilt, gilt im besonderen Maße für das ärztliche Gespräch, da durch den Zustand der eigenen Krankheit die Gesprächsführung inhaltlich und emotional für den Patienten erschwert wird. Dies gilt im besonderen Maße für ältere Patienten, die häufig an zwei oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden, d.h. ältere, multimorbide Patienten. Multimorbidität ist ein komplexes Phänomen, das eigene oder besondere Bedürfnisse beim Patienten hervorrufen kann [6–9]. Der Patient als sein eigener Anwalt weiß prinzipiell am besten welche Bedürfnisse er hat. Daher sollten die Möglichkeiten untersucht werden, die dem älteren, multimorbiden Patienten in ärztlichen Gesprächen zur Verfügung stehen.

Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf den kommunikativen Präferenzen älterer, multimorbider Patienten und auf den Möglichkeiten dieser Patienten, das Gespräch nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Dies wird mittels eines qualitativ-explorativem Designs untersucht. Dieser Ansatz ermöglicht eine offene Exploration, so dass die kommunikativen Präferenzen und

die kommunikativen Kompetenzen bei älteren, multimorbiden Patienten in ihrer Komplexität und mit einem hohen Detaillierungsgrad erfasst werden können. Diese Vorgehensweise lässt die Richtung der Präferenzen und Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten offen.

Dazu wird im ersten Kapitel der Begriff der Gesprächskompetenz eingeführt (1.1), um dann auf die ärztliche Interaktion im Besonderen einzugehen (1.2). Anschließend wird der Forschungsstand zum älteren Patienten aufgearbeitet (1.3). Zum Schluss wird die Relevanz des Themas erläutert und das Forschungsvorhaben begründet (1.4).

1.1 Gesprächskompetenz

Gespräche haben unterschiedliche Funktionen. Die dafür erforderlichen konkreten Fähig- und Fertigkeiten, sind abhängig vom jeweiligen Aufgabenfeld. Um die erforderlichen Fähig- und Fertigkeiten genauer bestimmen zu können, werden zunächst die Eigenschaften erläutert, die Gespräche aufweisen. Gespräche sind prozesshafte, flüchtige Phänomene mit einer Eigendynamik, d.h. es ist schwer vorherzusehen, wie die konkreten Verläufe von Gesprächen sind, abgesehen von der groben Struktur bestimmter Gesprächstypen (z.B. Verkaufsgespräch, Anamnese-gespräch, Aufklärung bei infauster Prognose). Dennoch sind Gespräche regelhaft, d.h. bis hin zu bestimmten Pausen und Vokalisationen (z.B. „mh“, „äh“), also wann jemand ein „mh“ in den Gesprächsverlauf einwirft, folgen sie einer bestimmten Ordnung. Diese Ordnung ist sehr stark kontextabhängig. Kontextgebunden meint, dass sie vor dem Hintergrund der aktuellen Situation interpretiert werden [4]. Und zu guter Letzt sind Gespräche interaktiv, d.h. sie entstehen in der Interaktion zwischen Individuen, die ihre Handlungen aufeinander beziehen [3].

Die Flüchtigkeit und Dynamik von Gesprächen erschwert die Angabe von konkreten Fähig- und Fertigkeiten. Dies sieht Deppermann [10] als ein Indiz für die Fülle der unterschiedlichen, sich teilweise widersprechenden, Literatur zum Thema Gesprächsführung. Die Fähig- und Fertigkeiten variieren je nach (kulturellem) Kontext, Anzahl der Gesprächsteilnehmer und Gesprächsart. Die konkrete Gesprächssituation hat also einen großen Einfluss auf die kommunikativen Anforderungen, die an die Gesprächsteilnehmer gestellt werden [11]. Vor diesem Hintergrund fasst Hartung [3] den Begriff der Gesprächskompetenz in drei unterschiedliche Aspekte zusammen: Die angemessene Einschätzung der aktuellen Situation und die jeweiligen Erwartungen der Gesprächspartner, die Einschätzung der eigenen Interessen und der jeweiligen Ausdrucksmöglichkeiten, die eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit besitzen, und die entsprechende Reaktion körperlich, stimmlich und sprachlich adäquat zum Ausdruck zu bringen (s. Abb. 1). Durch das in Beziehung setzen der Einschätzung der jeweiligen Situation, den eigenen Interessen und der Auswahl derjenigen Reaktion, die eine große Erfolgswahrscheinlichkeit besitzt, sowie deren Umsetzung, lässt je nach Gesprächstyp und Kontext eine Vielzahl von Verhaltensweisen zu.

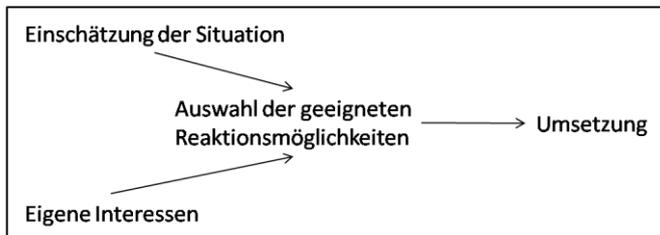


Abbildung 1: Gesprächskompetenz nach (Hartung 2004); eigene Darstellung

Um eine Situation erfolgreich einschätzen zu können, bedarf es Kenntnisse über die gültigen Verhaltensregeln der aktuellen Situation. Ein weiterer Aspekt ist die richtige Einschätzung der Erwartungen der anderen Gesprächsteilnehmer [3]. Auf Basis dieser Einschätzung muss der kompetente Sprecher abwägen, welche konkrete Äußerung oder Handlung den gewünschten Erfolg erzielt. Oftmals müssen in diesem Prozess die eigenen Interessen aktualisiert bzw. in Bezug zu den Interessen der Gesprächsteilnehmer, den Gesprächskontext und den eigenen Möglichkeiten gesetzt werden, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der Handlung zu erhöhen [3]. Ein weiterer Aspekt, um die Wahrscheinlichkeit des Erfolges der Handlung zu erhöhen, betrifft die Ausführung der Handlung. Diese sollte so ausgeführt werden, dass die Intention des handelnden Subjektes vom Gegenüber leicht decodiert werden kann, damit die Handlung vom Gegenüber als intendiert erkannt und die Wahrhaftigkeit der Aussage bzw. Handlung nicht infrage gestellt wird und sie die gewünschte Wirkung erzielt [4].

Der kompetente Sprecher besitzt die Fähigkeit, Interaktionen aufmerksam und sensibel wahrzunehmen, d.h. er kann auf unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zurückgreifen. Hinzu kommt ein großes Äußerungsrepertoire in Abhängigkeit vom Gesprächstyp, von kulturellen Gepflogenheiten oder situationspezifischen Anforderungen. Damit ist Gesprächskompetenz ein komplexes System von Fähig- und Fertigkeiten, die abhängig von den Anforderungen des jeweiligen Gespräches und dessen Kontext, sowie deren Akteuren sind [3, 10]. Die Eigenschaften und die Struktur von Gesprächen legen nahe, dass prinzipiell alle Beteiligten das Gespräch gestalten und zum Gelingen beitragen können. Wenn es um die Aufklärung über eine bestimmte Erkrankung oder Operation geht, liegt die Hauptverantwortung zwar beim Arzt, der Patient kann aber auch zum Gelingen beitragen. Zusätzlich sind die Präferenzen im Gespräch abhängig vom Kontext aber auch von den teilnehmenden Personen. Vor dem Hintergrund des Begriffes der Gesprächskompetenz ist es wichtig, sich das ärztliche Gespräch näher anzuschauen.

1.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion

Die Relevanz guter Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde bereits vielfach untersucht [12–14]. Die Untersuchung des Phänomens der Arzt-Patienten-Interaktion (A-P-I) ist jedoch ein komplexes Unterfangen [15]. Zunächst sind drei unterschiedliche Perspektiven auf

das Phänomen (s. Abb. 2) eine gängige Sicht der Forschung. Aus der Beobachterperspektive stehen häufig die Compliance oder der Therapieerfolg im Fokus, wie in einem systematischen Review von Rodin et al. [14] hervorgeht. Aus den beiden performativen Perspektiven [4, 16] des Arztes und des Patienten werden u.a. folgende Aspekte untersucht: die wahrgenommene Patientenzufriedenheit, Verringerung der Ängstlichkeit und ob die Patienten mehr in Entscheidungsprozesse eingebunden werden wollen [14]. Dabei wissen wir, dass die A-P-I eng mit der Compliance, Behandlungszufriedenheit und dem Behandlungserfolg verknüpft ist [17–19].

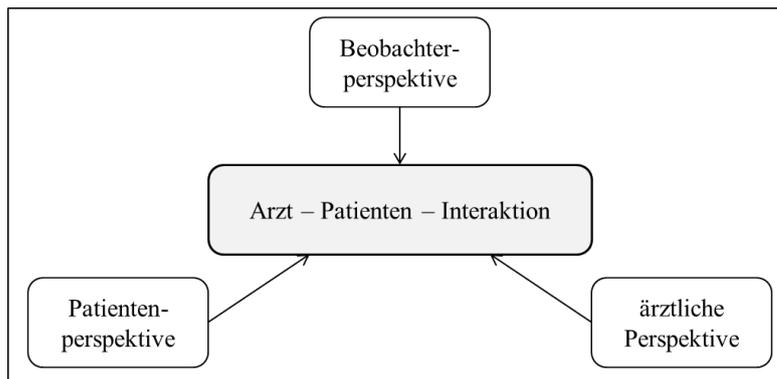


Abbildung 2: Perspektiven auf die Arzt-Patienten-Interaktion

In den meisten Studien werden zwei der drei Perspektiven berücksichtigt, wenn beispielsweise sowohl der Zusammenhang zwischen patientenzentrierter Kommunikation und Patientenzufriedenheit (Patientenperspektive) betrachtet wird, als auch zwischen patientenzentrierter Kommunikation und Behandlungserfolg (Beobachterperspektive). Ein häufig untersuchter Aspekt der Patientenperspektive sind Kommunikationspräferenzen, die im Kontext bestimmter Erkrankungen, wie z.B. chronische Rückenschmerzen betrachtet werden [19]. Aus ärztlicher Perspektive wird u.a. untersucht, wie die ärztliche Wahrnehmung die Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion durch den Arzt beeinflusst.

Zu den drei unterschiedlichen Perspektiven kommt die Interdependenz zwischen A-P-I und Arzt-Patienten-Beziehung (A-P-B) hinzu [20]. Wie der Abbildung 3 zu entnehmen ist, besteht sowohl eine Wechselwirkung zwischen der A-P-I und der A-P-B als auch ein Einfluss der beiden auf unterschiedliche Aspekte der Versorgung. Es ist bekannt, dass durch die A-P-I Vertrauen zwischen Arzt und Patient aufgebaut wird [21]. Diese Ergebnisse sind zu dem zweiten Kommunikationsaxiom von Watzlawick [2] konsistent. In diesem Kontext entspricht die A-P-I dem Sachaspekt der Kommunikation, d.h. die Inhalte über die geredet wird, und die A-P-B dem Beziehungsaspekt, da häufig die A-P-B mit Vertrauen operationalisiert wird und dieses Bestandteil des Beziehungsaspektes bei Watzlawick ist. Watzlawick betont, dass die Richtung, wie die beiden Aspekte sich gegenseitig determinieren bzw. wie sie zu subsumieren sind, prinzipiell offen ist [2]. Die Studienlage legt nahe [14], dass es sich hierbei nicht um eine Richtung han-

delt, wie Watzlawick es annimmt, sondern vielmehr um eine Interdependenz der beiden Aspekte. Gleichzeitig ist Vertrauen ein wichtiger Einflussfaktor, wenn es um eine positive Bewertung der A-P-I vom Patienten geht. Unabhängig von dem Phänomen der Interdependenz der A-P-I und der A-P-B lässt sich aber generell festhalten, dass ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen ihrem behandelnden Arzt sehr großes Vertrauen entgegenbringen [22].

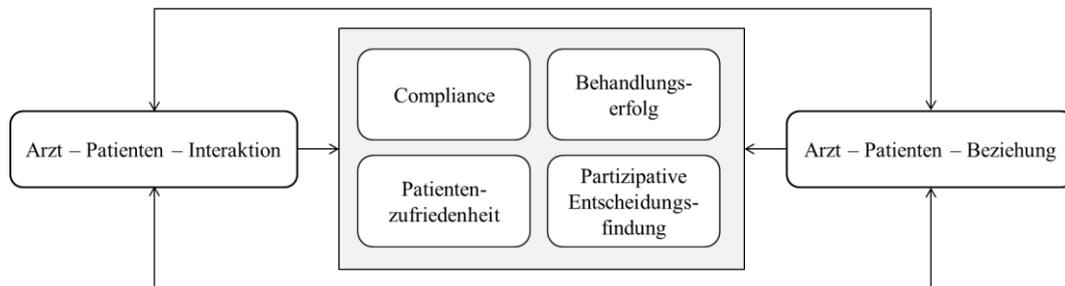


Abbildung 3: Interdependenz der A-P-I und A-P-B

Wie bereits erwähnt, wirken sich die A-P-I und A-P-B positiv auf unterschiedliche Bereiche der Versorgung aus. Diese sind u.a. die Compliance, der Behandlungserfolg, die Patientenzufriedenheit und die Akzeptanz für das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) [23].

Im Folgenden wird der Forschungsstand gemäß den drei Perspektiven aufgearbeitet. Dabei werden die Studien je nach Schwerpunkt den unterschiedlichen Perspektiven zugeordnet. Begonnen wird mit der Beobachterperspektive (Kap. 1.2.1), danach folgt die Patientenperspektive (Kap. 1.2.2) und zum Schluss die ärztliche Perspektive (Kap. 1.2.3).

1.2.1 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus Beobachterperspektive

Es finden sich bereits Studienergebnisse zum Zusammenhang der A-P-I und der Compliance. Innerhalb der medizinischen Versorgung hat das ärztliche Gespräch bzw. die Interaktion zwischen Arzt und Patient eine Schlüsselfunktion und ist ein bedeutender Bestandteil der ärztlichen Alltagspraxis [14, 24]. Eine gute Kommunikation bzw. Interaktion ist ein Schlüsselement, wenn es um die Koordination der Ziele des Arztes mit denen der Patienten geht [25]. Dabei dient das ärztliche Gespräch als Bindeglied zwischen der ärztlichen *Idealtherapie* und der tatsächlichen Umsetzung durch den Patienten (Compliance). Die beste und teuerste Therapie nützt nichts, wenn der Patient sie nicht umsetzt. Wir wissen, dass die A-P-I einen wichtigen Einflussfaktor für die Medikamenten Compliance darstellt. In diesem Kontext konnte gezeigt werden, dass sich die Aufklärung über die Wirkungsweisen und mögliche Nebenwirkungen und die Art der Einnahme positiv auf die Medikamenten Compliance auswirkt [26, 27]. Auch in Bezug auf die Polypharmazie stellt die A-P-I einen wichtigen Einflussfaktor dar, da diese auf eine mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patient zurück zurückgeführt werden kann [28].

Wenn es um die Befolgung ärztlicher bzw. therapeutischer Empfehlungen geht, also die Compliance, ist auch bekannt, dass die A-P-B ein wichtiger Aspekt ist [29]. So wurde das Vertrauen, welches Patienten mit Herzerkrankungen den Mitgliedern des Behandlungsteam entgegenbringen, als wichtiger Einflussfaktor für die Einhaltung der therapeutischen Maßnahmen identifiziert [26]. Gleichzeitig ist die A-P-B ein wichtiger Prädiktor für die Non-Compliance von Patienten [30]. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient ist aber auch störungsanfällig, was die kognitive und emotionale Verarbeitung betrifft. Hier konnte in einer qualitativen Studie gezeigt werden, dass sich eine mangelhafte Verarbeitung negativ auf den Therapieverlauf auswirkt [31].

Es finden sich auch Ergebnisse, dass sich die A-P-I auf Qualität der Versorgung und den Behandlungserfolg auswirkt. Eine Studie konnte belegen, dass die Bewertung der Qualität der klinischen Versorgung und der Qualität der Kommunikation mit der Dauer der Behandlung steigt [32]. Dies ist ein Indiz, dass über die Zeit das Vertrauen der Patienten größer wird. Dieser Umstand ist intuitiv naheliegend, da bei einer Unzufriedenheit oder mangelndem Vertrauen die Beziehung eher abgebrochen würde.

Wir wissen, dass eine gute Kommunikation häufig mit einem positiven Behandlungserfolg im Zusammenhang steht [32, 33]. Des Weiteren ist bekannt, dass sich die Interaktion positiv auf den Behandlungsverlauf auswirkt. So konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem klaren Einblick in die Behandlungsprozesse und einer umfangreichen Aufklärung ein positives Behandlungsergebnis haben [34]. Auch die A-P-B bzw. das Vertrauen des Patienten hat einen positiven Einfluss auf den Behandlungserfolg von Diabetes Patienten [35].

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient hat auch in Kombination mit der Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten einen positiven Effekt auf den Therapieerfolg [36]. Auch Rose et al. [37] zeigten in diesem Zusammenhang, dass die Interaktion verknüpft mit der Selbstwirksamkeitserwartung von Diabetespatienten einen starken Einfluss auf die Selbstüberwachung des Blutzuckerspiegels und damit auf den Therapieerfolg hat.

Eine empathisch gestaltete Interaktion, wird von der Mehrheit der Patienten bevorzugt [38]. Dabei ist Empathie ein bedeutender Aspekt für eine vertrauensvollen Beziehung [33, 39]. Eine empathisch gestaltete Interaktion hat einen präventiven Effekt, d.h. ein späteres auftreten, bei Erkrankungen, wie Diabetes [40]. Ein Beispiel, dass die Art der Interaktion sich auch auf den Behandlungserfolg positiv auswirkt, konnte am Beispiel von Patienten mit Depression gezeigt werden. [41]. Zusätzlich wird eine empathisch gestaltete Interaktion besonders am Lebensende von Patienten präferiert, da dies eine emotional belastende Situation darstellt [42, 43].

Die A-P-I und die A-P-B haben ebenfalls einen positiven Effekt auf die Behandlungszufriedenheit. Es ist bekannt, dass die Patientenzufriedenheit mit der Kommunikationsfähigkeit der Ärzte

assoziiert ist [44]. So lässt sich diese durch eine patientenzentrierte Interaktion erhöhen [45]. In diesem Zusammenhang konnte auch gezeigt werden, dass das Vertrauen zwischen Arzt und Patient die Patientenzufriedenheit und den Behandlungserfolg positiv beeinflusst [35].

1.2.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientenperspektive

Aus der Patientenperspektive sind Themen wie kommunikative Präferenzen, Patientenzufriedenheit und Einstellungen zum Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung prominente Vertreter, die häufig für bestimmte Patientengruppen krankheitsspezifisch betrachtet werden.

So ist es bekannt, wie sich Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, wie z.B. Krebs, [46], chronischen Rückenschmerzen [19, 47, 48] oder Patienten mit chronisch-ischämischen Herzkrankheiten [49] Gespräche wünschen: Sie wünschen sich, dass auf ihre Fragen eingegangen wird und alle relevanten Informationen vermittelt werden. Weitere Wünsche sind, dass der Arzt sich Zeit nimmt und freundlich ist, sowie auf private Umstände eingeht. [18, 48, 50].

Studien haben gezeigt, dass die kommunikativen Präferenzen sich nach soziodemografischen Merkmalen unterscheiden [51]. So möchten z.B. weibliche Patienten häufiger an Entscheidungen beteiligt werden als männliche [52, 53]. Patienten mit akademischem Hintergrund nutzen häufiger das Internet oder Printmedien zur (zusätzlichen) Informationsbeschaffung als nicht akademische Patienten [54]. Ältere Patienten haben es schwer, sich bei Therapieentscheidungen einzubringen und sich ggf. gegen das Behandlerteam durchzusetzen. [55] So entscheiden sich ältere Patienten häufig für eine vom Behandlerteam vorgeschlagene Therapie [56].

Aus einer internationalen Studie in über 30 Ländern wissen wir, dass es aus Patientenperspektive wichtig ist, dass Patienten vom Arzt als „Person“ behandelt werden. Das bedeutet, dass der Arzt dem Patient ohne Vorurteile begegnet, aufmerksam zuhört und ihn respektvoll behandelt. Auch eine kontinuierliche Behandlung vom gleichen Arzt ist für die Patienten sehr wichtig und konnte als ein Aspekt für den Behandlungserfolg identifiziert werden [57].

Aber auch die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte, d.h. wie sie die A-P-I gestalten, hat einen großen Einfluss auf die Bewertung der Behandlungsqualität der Patienten. Beispielsweise bewerten Patienten mit COPD die mit ihrem Arzt das Lebensende thematisiert haben ihre Versorgungsqualität signifikant häufiger als die bestmögliche Versorgung und waren mit der Behandlung zufriedener als die Vergleichsgruppe [58]. Es konnte aber auch gezeigt werden, dass die Kommunikationsfähigkeit der Patienten ebenso einen Einfluss auf den Behandlungserfolg bei Diabetes-Patienten hat [59].

Wenn es um das Einbeziehen von Patienten geht, ist bekannt, dass ein Großteil der Patienten medizinische Entscheidungen lieber beim Arzt belässt und eine partizipative Entscheidungsfin-

derung ablehnt [52]. Wenn es um die Auswirkungen von PEF auf den Behandlungserfolg geht, ist die Studienlage nicht ganz eindeutig. So konnte Deinzer et al. [60] zeigen, dass Patienten mit Hypertonie signifikant keine Verbesserung der Blutdruckwerte haben als die Kontrollgruppe. In einer anderen Studie mit Diabetes Typ II Patienten wurde das Konzept der PEF als wirksam befunden, um bestimmte Behandlungsziele zu erreichen: HbA1c, Blutdruck, Gesamtcholesterin, Körpergewicht, Nichtrauchen [61].

1.2.3 Die Arzt-Patienten-Interaktion aus ärztliche Perspektive

Wir wissen, dass Ärzte die Interaktion in Abhängigkeit davon, wie sie die Patienten wahrnehmen gestalten. Wenn sie z.B. den Patienten für nicht sonderlich Intelligent halten, reduzieren sie von sich aus die Informationen für den Patienten [62]. In diesem Kontext ist auch bereits bekannt, dass Ärzte es präferieren, wenn sie dem Patienten über sich selbst Auskunft geben [63].

In einer qualitativen Studie untersuchten Brooks et al. [64] welche Auswirkung die Wahrnehmung von Urologen auf die Therapieempfehlung hat. Ziel war es wahrgenommene Patientenfaktoren bei der Aufklärung und Therapieempfehlung eines Prostatakarzinoms auf die Art der Vermittlung zu identifizieren. Dabei sind die beiden Hauptfaktoren bei der Wahrnehmung der Ärzte die Fehleinschätzungen des Patienten über die Schwere der Diagnose und die Angst, die die Patienten haben. Wenn die Ärzte dies bei ihren Patienten wahrnehmen, führt das dazu, dass sie ihr Gesprächsverhalten entsprechend verändern und versuchen die Ängste, die mit dem Begriff Krebs einhergehen zu minimieren, indem sie die Erkrankung mit anderen chronischen Erkrankungen, wie Bluthochdruck, vergleichen.

In diesem Kontext konnte auch belegt werden, dass die Wahrnehmung der Ärzte einen wichtigen Aspekt bei der Therapieauswahl darstellt. Je nachdem welche Attribute die Ärzte den Patienten zuschreiben, wird die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen davon beeinflusst [62].

Studien über das Gesprächsverhalten der Ärzte zeigen, dass es bei Ärzten die Neigung gibt, eher gute Nachrichten mitzuteilen als schlechte [65]. Im Umkehrschluss bedeutet das für den Patienten, dass ihm u. U. wichtige Informationen verloren gehen, da der Arzt sie nicht erwähnt. Es konnte auch gezeigt werden, dass das kommunikative Verhalten der Ärzte durch den Sozialstatus der Patienten beeinflusst wird, unabhängig von den Präferenzen des Patienten. Hier hat insbesondere der Bildungsstatus des Patienten einen hohen Einfluss auf die kommunikativen Präferenzen des Arztes. Gespräche mit Patienten mit niedrigem Bildungsstatus sind weniger kooperativ, informativ und die ärztliche Gesprächsführung ist eher direktiv [19, 66–68].

Weiterhin wurde gezeigt, dass auch kulturelle Aspekte bei Gestaltung der A-P-I eine große Rolle spielen. Besonders kulturstiftende Konzepte wie Werte, gemeinsame Verhaltensweisen oder Traditionen haben einen Einfluss auf die Erwartungen der A-P-I und der A-P-B [69].

1.3 Der ältere Patient

In Kapitel 1.1 wurde dargelegt, dass das Bewältigen von kommunikativen Situationen eine komplexe Aufgabe ist. Dies gilt im Allgemeinen und wie im Kapitel 1.2 dargelegt wurde für die speziellen Anforderungen des ärztlichen Gespräches im Besonderen, da krank sein immer auch eine Art von Ausnahmezustand ist und mit einer gewissen Vulnerabilität einhergeht.

Wenn vor diesem Hintergrund der komplexen Anforderungen der Bewältigung kommunikativer Situationen der ältere Patient zum Gegenstand der Forschung wird, ist es wichtig, sich die Veränderungen der Funktionsfähigkeit im Alter anzuschauen. So zeigte die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS), dass die körperliche Funktionsfähigkeit im Alter kontinuierlich abnimmt [70]. Dies gilt auch für die kognitive Leistungsfähigkeit, die für die Bewältigung oben beschriebener kommunikativer Situationen von besonderer Bedeutung ist [70, 71]. Es wird zwischen „kristalliner“ und „fluider“ Intelligenz bzw. Fähigkeiten differenziert. Während die kristalline Intelligenz, also die Repräsentation von Fakten- und Erfahrungswissen, relativ alterungsresistent ist, so ist die fluide Intelligenz, also der schnelle und flexible Umgang mit Wahrnehmungsreizen, die Merkfähigkeit und räumliches Vorstellungsvermögen, alterungsanfällig und wird mit dem Alter schwieriger [71–74]. Gerade die eingeschränkte Verarbeitung von auditiven und visuellen Reizen, die eine Schlüsselfähigkeit für die Bewältigung der oben beschriebenen kommunikativen Situationen darstellt, kann mitunter eine Belastung für den älteren, multimorbiden Patienten im Arzt-Patienten-Gespräch sein.

Der intellektuelle Abbau ist nur ein Kennzeichen des älteren Patienten [75]. Eine generelle Zunahme an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit einhergehend ein Anstieg der Krankheitslast kennzeichnet diese Lebensphase [76–78]. Dabei wurde schon darauf hingewiesen, dass es spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren, multimorbiden Patienten gibt, die einer angepassten, bedürfnisorientierten Versorgung implizieren [6, 7, 79]. Im Fokus stehen dabei „der Erhalt und die Förderung von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter [...] sowie die Unterstützung des speziell im Alter dominanten Wunsches nach Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung“ [7].

Die Patientengruppe des älteren, multimorbiden Patienten ist dabei eine relevante Größe in der medizinischen Versorgung. Es ist bekannt, dass die Bevölkerungsgruppe der über 65 Jährigen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist und weiter steigen wird. So wird ein Anstieg der Bevölkerung der über 60 Jährigen von 27% (2013) auf 35% (2030) prognostiziert [80]. In diesem Lebensabschnitt steigt das Risiko für bestimmte Erkrankungen und die Gefahr der Multimorbidität nimmt zu. Dies geht mit einem generellen Rückgang der körperlichen und kognitiven Funktionsreserven einher [81]. Auch die Lebensbedingungen, besonders die sozialen Netzwerke, reduzieren sich in diesem Lebensabschnitt [82, 83]. Dabei wissen wir, dass vorhandene so-

ziale Netzwerke sich positiv auf die kognitiven Fähigkeiten bei Älteren auswirkt [84, 85]. Diese kognitiven Veränderungen wirken zusätzlich zu den physiologischen. Nach aktuellen Studien zur Gesundheit in Deutschland haben über 85% der 65-74 jährigen Männer und über 90% der 65-74 jährigen Frauen mindestens zwei chronische Erkrankungen [81, 81, 86, 87]. Zu den häufigsten Erkrankungen im Alter zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und chronische Lungenerkrankungen, die jeweils mit hohen Behandlungskosten verbunden sind [81].

Als relevante Größe stellt die Gruppe der älteren, multimorbiden Patienten die Beteiligten des Versorgungssystems vor immer größeren Herausforderungen (Walter et al. 2006; Goede und Hallek 2007; Peters et al. 2010). In Deutschland wurden 2008 insgesamt 254,3 Milliarden Euro an Krankheitskosten verursacht. Davon wurden 48,4% (123,1 Milliarden EUR) der Gesamtkosten von der Gruppe der über 65 Jährigen verursacht, die nur 16,6% der Bevölkerung ausmachten. Der ältere Patient wird somit zum häufigsten Kunden des Behandlungssystems (Nöthen 2011, S. 665). Es bleibt zu konstatieren, dass diese Herausforderungen aufgrund der demographischen Entwicklung weiter ansteigen werden.

Studien haben gezeigt, dass der ältere, chronisch kranke Patient mit dem ärztlichen Gespräch überwiegend sehr zufrieden ist, sowohl mit den Allgemeinmedizinerinnen als auch mit den Fachärztinnen [88]. Auch bringen ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen ihren behandelnden Ärzten großes Vertrauen entgegen [22]. Dabei präferiert der ältere Patient nach wie vor einen autoritären Gesprächsstil des Arztes im Vergleich zu jüngeren Patienten [18]. Die Präferenzen ändern sich unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Hintergrundes. Für die Akzeptanz des Konzeptes der partizipativen Entscheidungsfindung, hat der sozioökonomische Hintergrund des Patienten einen großen Einfluss. Patienten mit einem geringeren Einkommen fordern seltener eine partizipative Entscheidungsfindung ein [89] und wünschen sich seltener einen partizipativen Kommunikationsstil [53]. Generell sind diese Patienten weniger aktiv im ärztlichen Gespräch und stellen beispielsweise weniger Fragen als Patienten mit einem höherem Einkommen [66].

Wir wissen, dass physische Probleme das Hauptthema für älteren Patienten mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen sind [90, 91]. Emotionale Probleme sind das zweithäufigste Thema, wobei hier Frauen signifikant häufiger mit dem Arzt über emotionale Probleme reden als Männer. Soziale Themen, wie z.B. Probleme in der Familie oder bei der Arbeit und Tabuthemen, wie z.B. Sexualität, kommen bei über der Hälfte der Befragten vor. Auch Tabuthemen werden bei Frauen signifikant häufiger angesprochen [91]. Damit bekommt die Fähigkeit Emotionen in der Interaktion aufzugreifen eine wichtige Bedeutung.

Es ist bekannt, welche Vorstellungen ältere Patienten über patientenzentrierte Gesprächsführung haben. Für sie sollten ein gutes Urteilsvermögen des Arztes, seine Offenheit, die Fähigkeit zuzuhören und das Vertrauen, welches er entgegenbringt, vorhanden sein. Dies sind für den älteren Patienten wichtige Elemente der patientenzentrierten Gesprächsführung sind [92].

In den bisher vorliegenden Studien bleibt allerdings unklar, welche kommunikativen Präferenzen der ältere, multimorbide Patient, vor allem krankheitsübergreifend, bezüglich des ärztlichen Gesprächs hat. Dabei besteht die größte Lücke in den möglichen Ressourcen, die der ältere, multimorbide Patient einsetzen könnte, damit seine Präferenzen im ärztlichen Gespräch erfüllt würden. Diese Stärkung des Patienten im Sinne der Gesundheitskompetenz ist von immer größerer Bedeutung [17, 18, 93–97].

1.4 Relevanz des Themas

Wir wissen um die Bedeutung der Arzt-Patienten-Interaktion für die medizinische Versorgung der Patienten. Es ist bekannt, dass sich die Arzt-Patienten-Interaktion positiv auf verschiedene Bereiche der Versorgung auswirkt, wie zum Beispiel die Compliance, den Behandlungserfolg, die Behandlungszufriedenheit der Patienten und die Akzeptanz für das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung. Bekannt ist weiter, dass Ärzte die Interaktion mit dem Patienten verändern, je nachdem wie sie den Patienten wahrnehmen bzw. welche Attribute sie ihm zuschreiben. Gleiches gilt auch für die Auswahl der Therapieempfehlung. Dies geschieht nicht immer zum Vorteil bzw. nach den Präferenzen des Patienten. Wir wissen auch, wie sich Patienten in Abhängigkeit unterschiedlicher Erkrankungen die Interaktion mit dem Arzt wünschen. Jedoch wurden in diesen Studien ausschließlich die Kommunikationspräferenzen erfasst, wie Ärzte das Gespräch zu gestalten haben.

Offen bleibt, welche Kommunikationspräferenzen der ältere, multimorbide Patient, krankheitsübergreifend, hat, da davon auszugehen ist, dass die Multimorbidität eine besondere Herausforderung ist, die u.U. mit besonderen Präferenzen einher gehen. Weiterhin mangelt es an Evidenz, welche Möglichkeiten, d.h. welche Ressourcen der ältere, multimorbide Patient besitzt, die Arzt-Patienten-Interaktion nach seinen Vorstellungen und Bedürfnissen zu gestalten. Unklar ist in diesem Kontext auch, ob die kommunikativen Präferenzen oder die kommunikativen Kompetenzen in Zusammenhang mit bestimmten soziodemographischen Faktoren bestehen.

Um diese Forschungslücke zu schließen, setzt diese Studie explorativ an, da zum einen wenig über die kommunikativen Präferenzen und nichts zu den kommunikativen Kompetenzen des älteren, multimorbiden Patienten bekannt ist. Mit einem qualitativ-explorativem Design ist eine möglichst offene Form der Datenerhebung garantiert und es ermöglicht auch, das Phänomen des älteren, multimorbiden Patienten in seiner Komplexität detailliert zu erfassen.

2. Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die Erfassung der kommunikativen Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen älterer, multimorbider Patienten. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf den kommunikativen Kompetenzen, die dem Patienten als Ressourcen zur Verfügung stehen, um das ärztliche Gespräch nach den eigenen kommunikativen Präferenzen zu gestalten. Einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit stellt die Erfassung von Unterschieden in den Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten in der A-P-I in Abhängigkeit vom Sozialstatus, sowie im Kontext der Art der Krankheitsbewältigung der Patienten dar. Dies wird im Rahmen eines qualitativen Designs exploriert. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Wie nehmen ältere, multimorbide Patienten die Interaktion mit dem Arzt wahr?
2. Welche kommunikativen Präferenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?
3. Welche kommunikativen Kompetenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?
4. In welchem Zusammenhang stehen der sozioökonomische Status des älteren, multimorbiden Patienten und die Wahrnehmung der Präferenzen und Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion?
5. In welchem Zusammenhang stehen verschiedene Formen der Krankheitsbewältigung des Patienten und der Wahrnehmung der Präferenzen und Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion?

3. Material und Methodik

Zunächst werden kurz das Studiendesign (3.1), das Forschungsparadigma der Grounded Theory (3.2), die Datenerhebung (3.3) sowie Feldzugang und Sample (3.4) dargestellt.

3.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der oben genannten Fragestellungen wurde ein qualitatives Design gewählt. Dieser Ansatz ermöglicht eine offene Exploration, so dass die Präferenzen und die kommunikativen Kompetenzen bei älteren, multimorbiden Patienten in großem Umfang und hohem Detaillierungsgrad erfasst werden können, unabhängig davon, in welche Richtung die Präferenzen gehen. Weiterhin wurde ein qualitativer Stichprobenplan gewählt, um sicher zu stellen, dass ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Patienten mit hohem und niedrigem sozioökonomischem Hintergrund vorliegen. Zu dem qualitativen Stichprobenplan gehört auch, dass im Forschungsverlauf den Analysen gemäß der Grounded Theory (GT) die Patienten entsprechend ausgewählt werden (Theoretisches Sampling). Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vor; es bestehen keine ethischen Bedenken gegen die Durchführung der Studie (Bearbeitungsnummer: 2015-29).

3.2 Das Forschungsparadigma der Grounded Theory

Da es sich um eine explorative Studie handelt, bietet sich das Verfahren der GT an [98]. Ziel der GT ist es im allgemeinen, eine gegenstandsbezogene Theorie der Wirklichkeit des sozialen Handelns zu entwickeln [99]. Bezogen auf diese Arbeit ist das Ziel, eine Theorie über die Wahrnehmung des älteren, multimorbiden Patienten hinsichtlich des ärztlichen Gesprächs zu entwickeln. Die Auswertung der Daten unterliegt dem Paradigma der GT [99]. Die GT gehört zu den „komparativen (vergleichenden) Analysen“ der Soziologie. Dabei haben Glaser und Strauss [99] ein weites Verständnis des Begriffs und beziehen die Methode des Vergleichs auf jede Größe einer sozialen Einheit: Von Individuen über Institutionen bis hin zu Nationen. „Wir sind der Meinung, dass nur ein prozessuales Verständnis von Theorie der Wirklichkeit sozialen Handelns und dessen strukturellen Bedingungen einigermaßen gerecht wird“ [99]. Was für soziale Handlungen allgemein gilt, muss folgerichtig für den Ausschnitt der Arzt-Patienten-Interaktion im Besonderen gelten. Der diskursive Charakter der GT wird hierbei der Komplexität von Gesprächen bzw. Interaktion gerecht. Eine besondere Rolle bei der Datenerhebung und den damit einhergehenden Vergleichsmöglichkeiten kommt dem *theoretischen Sampling* zu. Dabei kommt der hermeneutische Zirkel des Vergleichs [100] schon bei der Datenerhebung zum Tragen, indem es einen permanenten Wechsel zwischen Materialgewinnung und Datenauswertung gibt. Zunächst werden die Fälle minimal variiert. In dieser Phase der Datengewin-

nung wird u. U. der Leitfaden angepasst. Ist eine theoretische Sättigung erreicht, wird die Strategie der Fallauswahl gewechselt und es werden Fälle ausgesucht, die maximal kontrastierend sind. Damit wird sichergestellt, dass eine maximale Variation der Fälle besteht [101]. Die Auswertung nach der GT beginnt, mit dem ersten Interview und erfolgt in drei Schritten: dem *offenen Kodieren*, dem *axialen Kodieren* und dem *selektiven Kodieren*. Es handelt sich hierbei nicht um ein lineares Vorgehen, sondern um ein Wechselspiel zwischen den drei Schritten [102].

Zunächst wurde das Verfahren des *offenen Kodierens* angewandt, um das Material einzuordnen und relevante Phänomene zu identifizieren [101]. Dabei wurden sowohl die „Zeile-für-Zeile-Analyse“ als auch die Kodierung von Sätzen oder Abschnitten gewählt. Hier kam auch die Strategie des Stells von Fragen und dem Anstellen von Vergleichen zur Anwendung [103] zur Anwendung. Um die Auswertung zu validieren, wurde in der Phase des offenen Kodierens die Hälfte der 26 Interviews doppelt kodiert. Diese Doppelkodierung wurde vom Autor und weiteren Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualitative Forschung des Instituts für Medizinische Soziologie unabhängig voneinander gemacht, um die Kodierungen zu validieren. In diesem Schritt wurden erste Ideen und Eigenschaften der Wahrnehmung des älteren, multimorbiden Patienten aus dem Material herausgegriffen und mit einem Namen oder Anker paraphrasiert. Mit diesem Verfahren sollten Phänomene identifiziert werden, die dann „in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen entwickelt werden“ können [103].

Im nächsten Analyseschritt, dem *axialen Kodieren* wurden die durch das offene Kodieren entstandenen Kategorien systematisiert und in einen neuen Sinnzusammenhang gestellt. Es wurden dabei zentrale Kategorien identifiziert und als Phänomene paradigmatisch kodiert. Hier wurden die zwei Kategorien in Bezug auf ihre Bedingungen, den Kontext, die Handlungs- und interaktionalen Strategien und die Konsequenzen dieser Strategien spezifiziert [103].

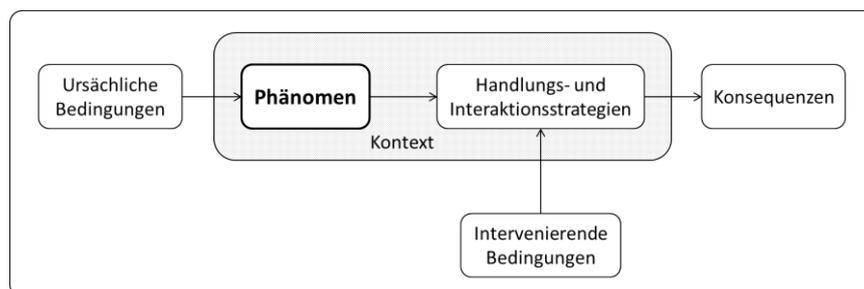


Abbildung 4: Paradigmatisches Modell nach Strauss & Corbin (1996); eigene Darstellung

Diese Form des In-Beziehung-Setzens verschiedener Kategorien und Subkategorien wird als das paradigmatische Modell bezeichnet (s. Abb. 3). Dabei stellt das Phänomen „die zentrale Idee, das Ereignis, Geschehnis, auf das eine Reihe von Handlungen/Interaktionen gerichtet sind“ [103], dar. Nun sollen ursächliche Bedingungen für das Phänomen angegeben werden,

sowie der Kontext, in den das Phänomen eingebettet ist und die daraus resultierenden Handlungs- und Interaktionsstrategien. Mit Handlungs- und Interaktionsstrategien sind Handlungen oder Interaktionen gemeint, die zur Bewältigung des Phänomens beitragen. Strauss betont an dieser Stelle nochmal die Prozesshaftigkeit von Handlungen/Interaktionen und deren Zweck- bzw. Zielorientierung. Dazu zählen auch unterlassene bzw. ausbleibende Handlungen/Interaktionen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auch intervenierende Bedingungen zu identifizieren, die entweder förderlich oder hemmend auf die Handlung/Interaktion wirken [103]. Der letzte Aspekt der Analyse sind die Konsequenzen, die sich aus den Handlungen/Interaktionen bzw. der Bewältigung des Phänomens ergeben. Gleichzeitig sollen die Hypothesen über die Art der Beziehung der einzelnen Kategorien anhand der Daten durch Interviewzitate belegt werden.

Selektives Kodieren nach Strauss und Corbin beschreibt den Vorgang, die gewonnenen Phänomene in einen „roten Faden“ zu integrieren, der die Geschichte der Theorie erzählt. [103] weisen darauf hin, dass der Prozess des selektiven Kodierens nicht linear erfolgt, sondern einen permanenten Wechsel zwischen diesen Schritten beinhaltet. Zunächst muss aus den axial kodierten Phänomenen die Kern- oder Schlüsselkategorie identifiziert werden. Um diese Kernkategorie werden dann die Phänomene ergänzt, die zur Erklärung beitragen. Dies geschieht mit Hilfe des paradigmatischen Modells und stellt somit axiales Kodieren auf einem höheren Abstraktionsniveau dar [104]. Hier sollen dann die Phänomene auf der dimensional Ebene verknüpft und die dargestellten Beziehungen durch Interviewzitate belegt werden. Im Zuge des axialen und selektiven Kodierens wurden die Phänomene des devotionalen Patienten und des fordernden Patienten identifiziert. Im weiteren Verlauf konnten die gefundenen Phänomene und Kategorien nach und nach gruppiert werden. Dabei wurde das Verfahren in Anlehnung an [105] angewandt. Generell werden unterschiedliche Merkmale gruppiert und durch die Kombination von Merkmalen wurden zwei unterschiedliche Patiententypen definiert.

Beim offenen, axialen und selektiven Kodieren wurde die Arbeitsgruppe „Qualitative Methoden“ genutzt, um eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit herzustellen, sowie die einzelnen Schlüsse und Beziehungen auf Inkonsistenzen zu überprüfen und ggf. bis zu einem Konsens zu diskutieren. Die Daten wurden mit der Software MAXQDA 11 ausgewertet.

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Leitfaden

Leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews sind besonders gut geeignet, wenn schon Erkenntnisse über den Forschungsbereich vorliegen und um die subjektive Sichtweise verschiedener Personen zu erfassen [106]. Hierbei sind zum einen die festen Leitfragen aber auch variable

Reihenfolge und Nachfragen von großem Vorteil. Für die halbstrukturierten Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der mit offenen Fragen das Themengebiet einleitet. Die Interviews wurden mit dem Einverständnis der Patienten auditiv aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Erhebung und Aufbewahrung der Daten erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes. Die folgenden Inhalte werden u.a. in den Interviews erhoben: Der Prozesspfad im Interview beginnt mit Beschreibungen der letzten Arzt-Patienten-Interaktion. In einem zweiten Schritt wurde nach chronischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Erfahrungen gefragt, um daraus Präferenzen bezüglich einer idealen Arzt-Patienten-Interaktion zu generieren. Im dritten Teil des Interviews wurden kommunikative Kompetenzen des Patienten thematisiert, um mögliche Ressourcen zu identifizieren und die eigenen Ansprüche an die A-P-I erheben zu können (s. Anhang S. VI).

Nach Beenden der Aufnahme wurden zusätzlich der sozioökonomische Status (s. Kap. 3.3.2) und weitere soziodemographische Variablen (s. Kap. 3.3.3) mittels Kurzfragebogen erfasst. Zusätzlich wurde ein standardisierter Fragebogen zur Krankheitsbewältigung eingesetzt: die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (s. Kap. 3.3.4).

3.3.2 Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status wurde definiert über die Bildung und der höchsten Berufsbildung der Patienten. Erhoben wurde der sozioökonomische Status entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft [107]. Gefragt wurde nach dem Beruf, der Schulbildung und der beruflichen Ausbildung der Patienten. Das Einkommen wurde nicht erfasst. Es wurde ein Index nach [108] mittels einer Kombination aus höchstem Bildungsabschluss und höchster Berufsbildung gebildet (z. B. mittlere Reife und Lehre = 4). Hierbei werden die unterschiedlichen Schulsysteme der BRD und DDR berücksichtigt. Der gebildete Index erlangt Werte von eins bis acht. Aufgrund der Größe der Stichprobe wurde der Index dichotomisiert. Werte von eins bis fünf wurden einem niedrigem sozioökonomischen Status zugeordnet, Werte von sechs bis acht einem hohem sozioökonomischen Status.

3.3.3 Soziodemographie

Es wurden das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, Krankenversicherung (Privat vs. Gesetzlich) und die Staatsangehörigkeit erfasst.

3.3.4 Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

Krankheit ist eine Belastung die unterschiedlich bewältigt wird. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) eingesetzt [109]. Die TSK füllten die Patienten selbstständig aus [110]. Die Faktorenanalyse ergab fünf Subskalen und die Items werden auf einer sechsstufigen Likertskala beantwortet.

Die erste Skala *Rumination* (RU) besteht aus 9 Items und beschreibt ein rückgezogenes, retrospektives Bewältigungsverhalten (Spannweite: 9-54; Cronbachs $\alpha=.78$). Kennzeichnend sind Vergleiche der aktuellen Lebenssituation mit früheren Zeiten und die Suche nach Krankheitsursachen. Ziel ist die kognitive Kontrolle über die Lebenssituation zu erhöhen. „Ich habe mir Sorgen gemacht, ob die Ärzte mir wirklich helfen können“ [109]. Die zweite Skala *Suche nach sozialer Einbindung* (SS) besteht ebenfalls aus 9 Items (Spannweite: 9-54; Cronbachs $\alpha=.76$). Kennzeichnend für dieses Bewältigungsverhalten ist die Ablenkung von der aktuellen Situation durch soziale Aktivitäten oder Unterstützung beschrieben werden kann: „Ich habe mich in eine Vielzahl von Aktivitäten gestürzt“ [109]. Die dritte Skala *Bedrohungsabwehr* (BA) umfasst 8 Items und beschreibt ein intrapsychisches Verhalten mit dem Ziel, die Krankheitsbedrohung durch positives Denken, nicht zu nah an sich heran kommen zu lassen (Spannweite: 8-48; Cronbachs $\alpha=.77$). Beispiel für diese Skala ist: „Ich führte mir vor Augen, daß die Ärzte ihr Bestes tun werden um mir zu helfen“ [109]. Bei der wiederum aus 8 Items bestehenden vierten Skala *Suche nach Information und Erfahrungsaustausch* (SI) steht ein Krankheitsverständnis im Zentrum (Spannweite: 8-48; Cronbachs $\alpha=.82$). Dabei setzten die Patienten sich intensiv mit ihrer Erkrankung auseinander, holen selbstständig Informationen ein und informieren sich in Gesprächen mit anderen und über alternative Behandlungsmethoden. „Ich suchte in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über meine Erkrankung“ [109, 110]. Die fünfte Skala *Suche nach Halt in der Religion* (SR) umfasst 3 Items (Spannweite: 3-18; Cronbachs $\alpha=.78$). Hierbei werden religiöse Erklärungen für die Erkrankung herangezogen. „Ich dachte mir, daß in meiner Situation ein höherer Sinn liegt“ [109].

Bei der Analyse der Ergebnisse wurde mit den Normierungswerten für die jeweiligen Geschlechter und Krankheitsstichprobe weiter gearbeitet, da somit eine Vergleichbarkeit zwischen den sehr heterogenen älteren, multimorbiden Patienten gewährleistet ist [109].

3.4 Feldzugang und Sample

Eingeschlossen wurden Patienten ab dem 60. Lebensjahr, die ihre Arztbesuche noch selbstständig bewältigen können, d.h. ohne Hilfe Dritter. Ein weiteres Kriterium war die Multimorbidität. Diese umfasst das Auftreten von mindestens zwei chronischen Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, fettmetabole Störungen, chronische Rückenschmerzen, Gelenkarthrose, Diabetes

mellitus, koronare Herzkrankheiten [111–114]. Diese Erkrankungen implizieren häufige Arzt-konsultationen, so dass die Patienten über einen reichen Erfahrungsschatz hinsichtlich der A-P-I verfügen. Ausgeschlossen waren Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen, der Diagnose einer Demenz und dem Vorhandensein einer Pflegestufe. Die Anzahl von insgesamt 20 Patienten-Interviews erwies sich in bisherigen qualitativen Studien als ausreichend, da sich ab zirka 20 Interviews häufig eine Sättigung des Informationsgehaltes zeigte [115]. Diese Ergebnisse konnten wir bestätigen und erreichten eine Sättigung nach 26 Interviews. Um dem Konzept des theoretischen Sampling der GT gerecht zu werden, wurde die Variablen Alter, Geschlecht und Sozialstatus nach Möglichkeit maximal variiert. Der Zugang wurde bewusst in der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung gewählt, da im Gegensatz zur stationären Versorgung langfristige, stabile Interaktionen zwischen Arzt und Patient bestehen. Die Patienten wurden in Hausarztpraxen in Halle (Saale) rekrutiert. Dazu wurden insgesamt 27 Arztpraxen im Raum Halle angeschrieben. Von den 27 Praxen haben sich drei Praxen (abgekürzt: A, B, C) für eine Kooperation bereit erklärt. In allen drei Praxen gab es einen behandelnden Arzt (keine Gemeinschaftspraxen). Die Rekrutierung der Patienten war in den drei Praxen unterschiedlich, je nach Praxisstruktur (Terminpraxis vs. offene Sprechstunde) und den Wünschen des Arztes.

Alle drei Ärzte wurden über die Studie und die Einschlusskriterien der Patienten in einem persönlichen Gespräch aufgeklärt. In der Praxis A (Terminpraxis) wurden die Patienten vom behandelnden Arzt angesprochen, ob sie bereit wären, an einer Befragung teilzunehmen. Bei Einwilligung gab der Arzt die Telefonnummer der Patienten weiter. Diese wurden dann von einem Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Soziologie (IMS) angerufen und über die Studie und Details zum Interview aufgeklärt. Wenn weiteres Interesse auf Seiten der Patienten bestand, wurde ein Termin für ein Interview vereinbart. In Praxis B (offene Sprechstunde) unterschied sich die Rekrutierung dahingehend, dass der Kontakt über einen Mitarbeiter des IMS im Wartezimmer der Praxis stattfand. Dieser ging zu unterschiedlichen Zeitpunkten in die Praxis und sprach die Patienten im Wartezimmer an. In den darauffolgenden Tagen wurden die Patienten angerufen und bei noch bestehendem Interesse wurde mit ihnen ein Interviewtermin vereinbart. In Praxis C (offene Sprechstunde) wurden beide Kontaktarten der (Praxen A+B) angewandt. Orte der Interviews waren entweder die Räume des IMS der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg oder die Privatwohnungen der Patienten. In allen drei Praxen oblag die Wahl des Interviewortes dem Patienten. Insgesamt willigten 57 Patienten ein, an der Befragung teilzunehmen (s. Tab. 1). Bei insgesamt 30 Patienten wurde ein Interviewtermin vereinbart, da aufgrund der maximalen Variation 27 Patienten nicht infrage kamen. Von den 30 Terminen wurden zwei Termine von den Patienten abgesagt und zwei geführte Interviews wurden nicht gewertet, da eine Patientin zu jung war und ein Patient zum Zeitpunkt des Interviews unter starken Rückenschmerzen litt. Somit wurden insgesamt 26 Interviews in der Auswertung berücksichtigt.

Tabelle 1: Rekrutierung

Praxis	Einwilligung	Zusagen	Absagen	Interviews
A	30	13	1	12
B	11	6	1	5
C	16	11	2	9
Summe:	57	30	4	26

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 40 Minuten (Frauen: 37 Min., Männer: 43 Min.). Die Gespräche der Patienten mit niedrigem Sozialstatus betrug im Schnitt 36 Minuten, die mit hohem Sozialstatus waren 7 Minuten länger. Wie Tabelle 2 zu entnehmen ist, waren sowohl das Geschlecht (13 Frauen, 13 Männer), als auch der soziale Status (13 mit niedrigem, 13 mit hohem Sozialstatus) ausgewogen verteilt. Das Alter der 26 Teilnehmer zum Zeitpunkt der Interviews reichte von 62 bis 83 Jahren, der Median lag bei 73,5 Jahren (Frauen: 76 Jahren, Männer: 69 Jahren). Die Teilnehmer hatten zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 2 bis 8 chronische Erkrankungen, der Median lag bei 4 chronischen Erkrankungen.

Tabelle 2: Sampling Übersicht

Pseudonym	Alter	Sozialstatus	Sex	Σ c.E.	Dauer
Hr. Abelmann	66	hoch	m	3	43 Min.
Hr. Abend	74	hoch	m	6	34 Min.
Fr. Abt	77	niedrig	w	5	44 Min.
Fr. Baart	80	hoch	w	3	23 Min.
Hr. Cadena	74	hoch	m	2	27 Min.
Fr. Dahmann	66	hoch	w	3	23 Min.
Hr. Ebbing	69	niedrig	m	7	67 Min.
Fr. Fahle	83	hoch	w	2	36 Min.
Hr. Garbes	62	niedrig	m	2	49 Min.
Fr. Haarmann	73	hoch	w	5	35 Min.
Fr. Iburg	74	niedrig	w	6	52 Min.
Hr. Jäckel	75	hoch	m	8	53 Min.
Hr. Kahle	63	niedrig	m	4	24 Min.
Hr. Laaten	72	hoch	m	7	88 Min.
Fr. Maas	77	hoch	w	4	51 Min.
Fr. Naber	76	niedrig	w	6	26 Min.
Fr. Oberfeld	63	hoch	w	2	67 Min.
Hr. Paak	67	niedrig	m	5	26 Min.
Hr. Quam	65	niedrig	m	3	46 Min.
Fr. Sachs	73	niedrig	w	4	52 Min.
Fr. Tappe	71	niedrig	w	5	27 Min.
Hr. Ubbing	68	hoch	m	2	32 Min.
Hr. Vaillant	77	niedrig	m	4	43 Min.
Fr. Wächter	77	niedrig	w	6	26 Min.
Fr. Zahner	82	niedrig	w	4	24 Min.
Hr. Zeigler	83	hoch	m	8	23 Min.

Σ c.E. = Summe der chronischen Erkrankungen

4. Ergebnisse

Die Quellen der Zitate der Teilnehmer werden im Folgenden in Klammer mit Pseudonym und Absatz im Interview gekennzeichnet. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang auf Seite IX.

In der Lebensphase des älteren, multimorbiden Patienten sind bestimmte Themen bei vielen häufig präsent [82] und tauchten naturgemäß auch in den Interviews häufig auf. Diese Themen sind Einsamkeit „Die gehen eben dahin, nur weil die allein sind, so was gibt es auch. Man muss sich nun auch mal wieder in die Leute versetzen, die gehen dann vielleicht dahin, weil sie einsam sind, öfter zum Arzt“ (Fr. Naber, 60) und Verlust des Partners „Zwischendurch ist es mir sehr schlecht gegangen, weil mir plötzlich bewusst worden ist, dass ich in Zukunft so was immer alleine ausstehen muss (Fr. Maas, 50). Auch die Auseinandersetzung mit dem Lebensende wird häufig thematisiert: „Wie alt will ich denn werden? 85 werde ich nicht, also“ (Fr. Dahmann, 66). In diesem Kontext wird auch oft von körperlichen Einschränkungen im Alter und die Aufgabe von Hobbies und anderen Aktivitäten berichtet: „Es wird immer weniger hier und habe dadurch auch vieles schon abgestellt. Garten, Auto verkauft und kann nicht mehr viel arbeiten zu Hause, was sonst mein Hobby und mein Beruf war“ (Zeigler, 5).

Diese Themen bilden den Rahmen, um die erste Forschungsfrage zu beantworten: Wie nehmen ältere, multimorbide Patienten die Interaktion mit dem Arzt wahr? Dazu wird zunächst auf die Typenbildung des devotionalen und des fordernden Patiententypus eingegangen (Kap. 4.1). Danach wird der devotionale Patient vorgestellt (Kap. 4.2) und anschließend der fordernde Patient (Kap. 4.3). Innerhalb dieser beiden Kapitel werden die zweite und dritte Forschungsfrage beantwortet. In Kapitel 4.4 werden die vierte und fünfte Forschungsfrage aufgegriffen indem auf die Verbindung zwischen den beiden Patiententypen und des Sozialstatus als auch der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung eingegangen wird. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die Ergebnisse noch einmal zusammengefasst (Kap. 4.5).

4.1 Die Unterscheidung des devotionalen und fordernden Patiententyps

In der Analyse der Interviews konnten durch Gruppierung von Merkmalen zwei unterschiedliche Patiententypen identifiziert werden [105]. Der Typ des „devotionalen Patienten“ und der des „fordernden Patienten“. Die Merkmale, die zur Unterteilung in unterschiedliche Patiententypen geführt haben, wurden über die Beschreibungen der Patienten entwickelt (s. Tab. 3). Während des axialen Kodierens wurden die beiden Kategorien des blinden Vertrauens und des partnerschaftlichen Einbeziehens als von zentraler Bedeutung für das Verständnis der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten identifiziert. Diese beiden Kategorien bilden gleichzeitig die Phänomene der Patiententypen. Während des selektiven und paradigmatischen Kodierens wurden die Komplexitäten der beiden Phänomene herausgearbeitet und es stellte sich im

Zuge dessen heraus, dass diese beiden Phänomene je ein Patiententypus zugeordnet werden konnte. Die kommunikativen Präferenzen des älteren, multimorbiden Patienten werden anhand der beiden Patiententypen beschrieben und dargestellt.

Tabelle 3: Merkmale der Patiententypen

Devotionaler Patient	Fordernder Patient
Blindes Vertrauen	Partnerschaftliches Einbeziehen
Kein/kaum Hinterfragen des Arztes	Hinterfragen des Arztes
Einfaches Krankheitsverständnis	Elaboriertes Krankheitsverständnis
Einzige Informationsquelle ist der Arzt	Holte selbstständig Informationen ein
Kaum/kein Abbruch der Beziehung zum Arzt	Beziehungsabbruch bei Unzufriedenheit
Keine aktive Gestaltung der A-P-B	Aktive Gestaltung der A-P-B

Mit der Deskription der beiden Patiententypen sind keine normativen Implikationen verbunden. Auch wenn intuitiv der Patiententypus des fordernden Patienten vorteilhaft erscheint, so haben beide Patiententypen ihre Berechtigung und individuelle Vorteile.

4.1.1 Krankheitstrias

Eine besondere Rolle in der Analyse der Interviews nimmt die Kategorie der Krankheitstrias ein. Diese ist zwar bei allen Patienten vorhanden, jedoch zeigt sich eine unterschiedliche Akzentsetzung bei den beiden Patiententypen. Die Krankheitstrias besteht aus Entität, Kontext und praktischen Implikationen. Mit der Entität ist die Frage „Was habe ich?“ (Hr. Abelmann, 37) verbunden. Die Patienten möchten gerne wissen, welche Erkrankung sie haben: „Ich will beim Doktor rausgehen und wissen, das hast du“ (Hr. Abelmann, 31). Mit Kontext ist der Wunsch diese Erkrankung für sich selbst einordnen zu können und die Frage „Was soll ich darunter verstehen?“ (Hr. Abelmann, 81) verbunden. Dahinter steckt das Bedürfnis, die Erkrankung, wie sie entstanden ist und welche Auswirkungen sie hat, nachzuvollziehen. „Und der Arzt erklärt mir alles, was gemacht wird. Das ist für mich wichtig, damit ich das mit nachvollziehen kann.“ (Hr. Cadena, 5). Das letzte Element der Krankheitstrias sind die praktischen Implikationen. Da hinter steht die Frage nach konkreten Handlungsanweisungen im Alltag des Patienten. Repräsentiert wird diese Bedürfnis durch die Frage „Und wie soll sich mich praktisch verhalten?“ (Abelmann, 81). Gemeint ist hier eine konkrete Zweck-Mittel-Beziehung: „Du musst das und das tun, damit du gesund wirst“ (Abelmann, 31).

Der devotionale Patiententyp betont eher die praktischen Implikationen und wünscht sich damit konkrete Handlungsanweisungen:

„Wenn wir noch mal auf das Thema Medikamente zurückkommen, wichtig wäre zum Beispiel, dass er sagt so und so oft welche einnehmen, wann, während dem Essen, nach

dem Essen, zusammen, also Wirkung mit andern Medikamenten, dass man zuerst feststellt, ich gebe immer vorher alles an und was man eben dann vermeiden soll, wenn man Antibiotika kriegt, dass man keine Milchprodukte, so wichtig Sachen, was eben entscheidend ist hier. Aber das andere ist dann zu speziell [...]“ (Hr. Abend, 63).

Herrn Abend ist es wichtig, dass er konkrete Handlungsanweisungen zu seinen Medikamenten bekommt und er möchte gleichzeitig keine umfassenden, detaillierte Aufklärung vom Arzt, da ihm das „zu speziell“ ist.

Der devotionale Patient nimmt hier eine passive Rolle ein: „[Die Ärzte] haben gesagt, wie ich mich benehmen soll, bewegen soll, was ich tun soll“ (Hr. Zeigler, 30). Die anderen beiden Kategorien (Entität und Kontext) sind für den devotionalen Patienten nicht relevant. Der fordernden Patienten betont die beiden Aspekte Entität und Kontext der Erkrankung.

„Naja, er muss es mir erklären, ich sage mal, wie die Wirkung des einen oder des anderen Medikaments ist. Ich hinterfrage auch, wenn er mir was verschreibt. Ich frage: "Wogegen ist denn das oder was wird damit bezweckt mit diesem Medikament?" Dann erklärt mir das der Arzt oder die Ärztin. Und naja, wenn ich das einsehe, dann nehme ich das Medikament.“ (Hr. Cadena, 18).

Wenn Hr. Cadena es nicht einsieht, dann nimmt er das Medikament nicht. Eine konkrete Anweisung des Arztes, wie das Medikament zu nehmen ist, wurde vom fordernden Patient nicht thematisiert oder gewünscht. Für den fordernden Patienten stehen eine umfassende Aufklärung und umfassende Erklärungen im Mittelpunkt des ärztlichen Gesprächs:

„Nein, ich wüsste auch nicht, warum ein Arzt drum herum reden sollte. Damit schone ich doch den Patienten nicht, der wird doch nicht geschont, wenn ich dem eine halbe Wahrheit oder ein bisschen von der Wahrheit erzähle. Entweder bin ich schwanger oder ich bin nicht schwanger. Und so kann das auch nur sein im Gespräch, so empfinde ich das und so möchte ich es auch haben.“ (Hr. Cadena, 64).

Hr. Cadena beton hier, dass den Patienten die „ganze Wahrheit“ erzählt werden soll. Dies gilt auch für Befunde, die dem Patienten von Fachärzten mitgegeben werden.

„Welcher Patient ist in der Lage, jetzt zu differenzieren, was in dem Befund an Positiven oder Negativem steht? Die Mühe sollte sich der Arzt machen, damit der Patient weiß, was hat es für Konsequenzen, wenn ich das und das beachte und wenn ich das und das nicht beachte.“ (Hr. Laaten, 86).

Für den fordernden Patienten ist dies wichtig, da er das Bedürfnis hat, die unterschiedlichen Schritte in der ärztlichen Behandlung nachvollziehen zu können. Dies ist eine notwendige Bedingung für die Umsetzung der Therapiemaßnahmen.

4.2 Der Patiententyp des devotionalen Patienten

In der Abbildung 4 ist das paradigmatische Modell des devotionalen Patienten dargestellt, wie es methodologisch in Kapitel 3.2 beschrieben wurde. Die kommunikativen Präferenzen und Einstellungen des devotionalen Patienten zur A-P-I spiegeln sich im paradigmatischen Modell wider. Der devotionale Patient kann durch ein hohes Maß an Vertrauen dem Arzt gegenüber und einem einfachen Krankheitsverständnis beschrieben werden (Kap. 4.2.1). Die Ursache dafür liegt darin, dass der devotionale Patient die Beziehung zwischen Arzt und Patient als stark asymmetrisch wahrnimmt (Kap. 4.2.2). Daraus ergeben sich drei unterschiedliche Handlungsstrategien des devotionalen Patienten. Die Strategie der Tabuisierung, die Strategie des Gestaltungsverzichtes und die Strategie des blinden Gehorsams (Kap. 4.2.3). Diese drei Strategien ziehen drei mögliche Konsequenzen nach sich: eine generelle Zufriedenheit, eine Entlastungsfunktion und eine instabile Compliance (Kap. 4.2.4). Weitere kommunikative Präferenzen werden dann in Kap. 4.2.5 dargestellt, gefolgt von den kommunikativen Kompetenzen des devotionalen Patienten (Kap. 4.2.6).

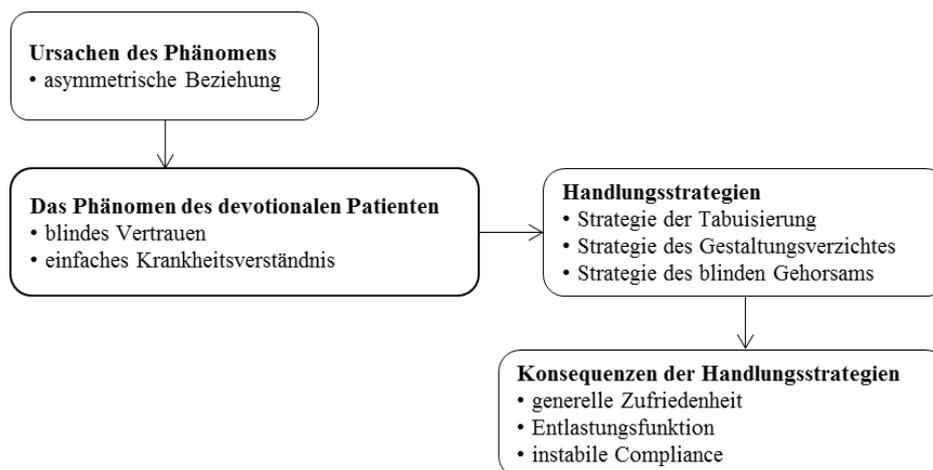


Abbildung 5: Paradigmatisches Modell des devotionalen Patiententypus

4.2.1 Das Phänomen des devotionalen Patienten

Der Begriff devotional geht aus dem lateinischen Begriff devotio (Hingabe, Gelübde) hervor und bedeutet *ehrfurchtsvoll*. Damit wird eine asymmetrische Beziehung zwischen zwei Personen beschrieben. Eine Person gibt sich der anderen ehrfurchtsvoll hin und nimmt eine folgsame, ergebene Haltung ein. Der Begriff devotional umreißt damit das Verhältnis zwischen Arzt und diesem Patiententyp sehr treffend. Der devotionale Patient gibt sich freiwillig und ehrfurchtsvoll in die Hände des Arztes und nimmt eine folgsame und ergebene Haltung ein. Der Kern des Phänomens des devotionalen Patienten wird durch die Kategorie des **blinden Vertrauens** konstituiert. Frau Abt beschreibt die Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt folgendermaßen: „Also ich sage ja, ich lege meine Hände (lacht) dann denen, begeben mich in die Hände dieser Ärzte.“

(Fr. Abt, 79-81). Mit dem Ausdruck „ich begeben mich in die Hände dieser Ärzte“ wird die Haltung dieses Patiententypus sehr passend umschrieben. Das Resultat ist ein blindes Vertrauen an das, was der Arzt sagt. „Blind“ meint in diesem Kontext, dass Aussagen vom Arzt ohne eigene Prüfung umgesetzt werden. Dadurch entsteht ein gewisser Automatismus dieses Patiententyps generell schnell „Ja“ zu sagen, wenn der Arzt etwas fragt oder anordnet. Der Arzt ist Fachmann, der alle Entscheidungen treffen und alles in Nötige in die Wege leiten soll. Er gibt die Richtung und das Tempo vor, wie der Patient etwas besser machen soll:

„Also ich jedenfalls und bei meiner Frau das Gleiche, die ist genauso, die macht das auch dann. Die guckt dann nicht und die ist/ Er ordnet das an. Er ist ja Fachmann, deswegen sage ich, deswegen gehe ich ja zum Arzt und doktere nicht rum selber oder gucke nach, ah, das könnte es sein und dann/ Ist Quatsch. Das ist Quatsch. Ich habe das Vertrauen und dadurch bin ich zufrieden.“ (Hr. Vaillant, 43).

Ein weiteres wichtiges Merkmal dieses Patiententypus ist eine geringe Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung und geht mit einem **einfachen Krankheitsverständnis** einher. Frau Abt ist 77 Jahre alt und hat insgesamt sechs chronische Erkrankungen, darunter auch Diabetes.

„Ich soll Diabetes haben, hatte ich auch, habe ich auch. Ich weiß auch, ich kann die im Griff halten. Wenn man ganz normal isst und nicht über die Stränge schlägt, da sind die Werte gut. Da ist es nämlich keines. Und das ist kein richtiger Diabetes, das ist einfach der menschliche Körper, wenn die so frühzeitig, verarbeitet nicht so viel, der braucht doch nicht so viel.“ (Fr. Abt, Abs. 110).

Frau Abt hat nach ihrer Laienäthiologie keinen Diabetes: „Da ist nämlich keines.“, wenn sie „normal isst“. Ihre Laienäthiologie ist übersichtlich strukturiert: Wenn die Werte normal sind, ist man gesund und wenn die Werte zu hoch sind, dann hat man Diabetes. Diese Verknüpfung zwischen normalen Werten und gesund sein zeigt exemplarisch das einfache Krankheitsverständnis. Der devotionale Patient hat dabei eher die konkrete Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen im Fokus: normal essen und nicht über die Stränge schlagen, weil man dann keinen Diabetes hat. Damit hat es der Patient selber in der Hand. Wenn der Patient den Anweisungen des Arztes folgt, dann ist er gesund. Wenn der Patient nicht gesund wird oder ist, hat er sich nicht richtig verhalten: „Ja, der Patient leistet, was der Arzt sagt, wie er sich ernährt.“ (Fr. Baart, 65).

4.2.2 Ursachen des Phänomens

Der devotionale Patient pflegt eine **asymmetrische Beziehung** zum Arzt. Die Informationen für die Diagnostik fließen einseitig vom Patienten zu Arzt, indem dieser berichtet, wie es ihm geht.

„Ja, ich sage dann, was ich für Wehwehchen habe und so weiter und so fort. Und dann sagt mir der Arzt dann, was ich machen könnte oder er guckt selber nach dann erst. Ist ja nicht alles so einfach. Und (...) also (seufzt) gibt mir gute Anweisungen, wie ich es eventuell besser

machen könnte noch. Also ich kann mich wirklich nicht beklagen, bei keinem Arzt.“ (Fr. Zahner, 30).

Mit der Bemerkung „Ist ja nicht alles so einfach.“ drückt Frau Zahner aus, dass es eines Experten bedarf, um medizinische Probleme oder Sachverhalte lösen bzw. bewerten zu können. Der devotionale Patient möchte konkrete Anweisungen, was er wie zu machen hat (s. Kap. 4.1.1). Dabei erzählt er in der A-P-I über seine Erfahrungen, wie es ihm geht. Der Arzt hört sich dies an und generiert daraufhin Lösungen, die der Patient umsetzen soll oder teilt dem Patienten Verbesserungsvorschläge mit. Innerhalb dieser asymmetrischen Beziehung nimmt der Arzt nach Wahrnehmung des Patienten zusätzlich eine **Kontrollfunktion** ein und sagt, ob das Verhalten in Ordnung ist oder nicht. Nach Wahrnehmung des devotionalen Patienten soll der Arzt ihm „gute Anweisungen“ geben. Dabei nimmt der devotionale Patient eine passive Rolle in der A-P-I ein:

„Ich sage, (räuspert sich) ich sage, was ich zuhause empfinde, ja, was ich zuhause mache und das hört sich mein Doktor alles an. (...) Und wenn was nicht in Ordnung ist, das sagt er mir. Und ich, also die Kommunikation ist sehr gut, ja, nicht wahr?“ (Fr. Baart, 73).

Diese Form des Einbeziehens ist Ausdruck der asymmetrischen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der Arzt gesteht dem Patienten narrative Phasen zu, einordnen, bewerten und entscheiden, ist aber die Aufgabe des Arztes.

Ein weiterer Ausdruck dieser asymmetrischen Beziehung ist, dass der Arzt Persönliches erfragen soll (s. Kap. 4.2.5). Der devotionale Patient legt sich dabei selbst das Verbot auf, dass es nicht gestattet ist, dem Arzt persönliche Fragen zu stellen. Dies geht so weit, dass er sich nicht traut, den Arzt zu fragen, wo er seine Ausbildung absolviert hat, was eher keine private Frage ist, und obwohl die Patienten es interessiert: „Und ich nehme an, dass Dr. Müller die gleiche Verfahrensweise auch hat durchmachen müssen, ja? Ich nehme es stark an, ich weiß es nicht.“ (Fr. Tappe, 9). Durch den Nebensatz „ich nehme es stark an“ wird das Interesse der Patienten deutlich. Auf Nachfrage, ob die Patientin den Arzt nach seiner Ausbildung gefragt hat, antwortete diese: „Das traute ich mir nicht, das ist/ Ein bisschen zu privat wäre das gewesen. Also das würde ich nicht machen.“ (Fr. Tappe, Abs. 22). Für den devotionalen Patienten ist es nicht gestattet, nach der beruflichen Ausbildung des Arztes zu fragen, was sein gutes Recht ist.

Zusammenfassend hat der devotionale Patient aus seiner Sicht die Pflicht dem Arzt zu vertrauen. „Man muss Vertrauen haben zum Arzt, sonst kommt da keine Basis auf mit ihm zu kooperieren und so.“ (Hr. Vaillant, 51). Es ist die Grundvoraussetzung, das Fundament schlechthin, dass eine erfolgreiche Behandlung möglich ist. Dies geht so weit, dass es regelrecht verboten ist, Entscheidungen des Arztes infrage zu stellen bzw. zu hinterfragen.

4.2.3 Handlungsstrategien

Daraus ergeben sich drei unterschiedliche Handlungsstrategien. Die Strategie der Tabuisierung, das bedeutet, dass der Arzt nicht infrage gestellt wird. Die Strategie des Gestaltungsverzichtes, was bedeutet, dass der devotionale Patient darauf verzichtet, die A-P-I nach seinen Bedürfnissen zu gestalten, und die Strategie des blinden Gehorsams, was bedeutet, dass er die Anweisungen des Arztes umsetzt, wenn es keine Widerstände gibt.

Strategie der Tabuisierung

Eine Strategie des devotionalen Patienten ist die der Tabuisierung. Diese Strategie beinhaltet, dass die Anweisungen und Informationen des Arztes nicht infrage gestellt werden, weder direkt durch Fragen, noch indirekt durch Einholen von Informationen. Den Arzt in irgendeiner Weise zu hinterfragen ist tabu und geht mit einem unbedingten Vertrauen einher. Freud definiert den Begriff Tabu in seinem Werk „Totem und Tabu“ folgendermaßen: „Tabubeschränkungen sind etwas anderes als die religiösen oder moralischen Verbote. Sie werden nicht auf das Gebot eines Gottes zurückgeführt, sondern verbieten sich eigentlich von selbst; von den Moralverboten scheidet sie das Fehlen der Einreihung in ein System, welches ganz allgemein Enthaltungen für notwendig erklärt und diese Notwendigkeit auch begründet. Die Tabuverbote entbehren jeder Begründung“ [116]. Tabus sind Verbote, die an sich existieren und nicht begründet werden müssen. So verhält es sich auch für den devotionalen Patienten mit Kritik am Arzt.

„Ich muss ja das, was ein Arzt mir sagt, das muss ich ja glauben, was? Das ist das A und O. Wenn man jetzt kein Vertrauen zum Arzt hat, ja, dann kann man es lassen. Würde ich sagen, denn da gehe ich nicht hin. Ich kenne da jemanden, der sagt immer negativ. Dann kommt sie nach Hause und guckt in einem Buch nach, was hat der, was ist die Ursache? Warum hat er mir das nicht verschrieben? Also, das ist doch ein Witz. Ich gucke nicht in ein Buch rein, wenn der Doktor mir sagt, das und das habe ich und danach müssen wir uns richten und machen.“ (Hr. Vaillant, 37).

Der Patient muss dem Arzt glauben, er muss dem Arzt vertrauen, damit die Beziehung zwischen ihnen funktioniert und die Behandlung erfolgreich sein kann: „Das ist das A und O.“ Wenn der Patient die Informationen nachvollziehen will, ist das schon eine Form des In-Frage-Stellens, welches tabu ist: „Also, das ist doch ein Witz. Ich gucke nicht in ein Buch rein, wenn der Doktor mir sagt, das und das habe ich und danach müssen wir uns richten und machen.“ Es ist die Aufgabe des devotionalen Patienten sich nach den Anweisungen des Arztes zu „richten und machen“, d.h. diese umzusetzen.

Ein weiterer Aspekt ist, dass der devotionale Patient den Arzt nicht kritisiert, auch wenn dieser ihm negative Verhaltensweisen unterstellt:

„Gut, dass er mir sagt, ich muss ein bisschen abnehmen, ist klar, (lacht) aber ich schaffe es nicht! Ja oder ich hatte mal mit der Leber zu tun, aber da haben sie mal gesagt wegen Trinken und das war nicht. Da war ich auch in der Klinik und das wurde nachher festgestellt, weil ich früher viel Plastikscheiß da, die Dämpfe, das war das. Und ich habe nie so viel getrunken. Höchstens mal zwei Bierchen, aber was ist denn das? Das ist ja nun nichts, nicht? Wer macht das nicht? Ja, manche nicht, aber/ (lacht) Nein, nein, also ich bin mit den Ärzten/ Ich kann nichts Negatives sagen, also was die beiden sind jetzt auch, ja.“ (Hr. Vaillant, 37).

Obwohl der Arzt zunächst zu Unrecht davon ausging, dass die schlechten Leberwerte im Zusammenhang mit einem Alkoholabusus stehen, kann der devotionale Patient „nichts Negatives sagen“. Trotz der vorhandenen Empörung „Und ich habe nie so viel getrunken.“ ist der Patient mit den Ärzten zufrieden, da es tabu ist, über die Ärzte schlecht zu reden. „Da hat mal vielleicht sich ein Patient geärgert, da sagt er: „Der Arzt da, da muss ich nicht hingehen, der taugt nichts.“ Ist doch hässlich, so was zu sagen, ja.“ (Fr. Fahle, 154).

Dass der Arzt nicht infrage gestellt werden darf, kann als Schutzfunktion interpretiert werden. Wenn der Patient eine Anordnung, wie beispielsweise die Medikation, des Arztes infrage stellt, dann sind prinzipiell alle Aspekte der Therapie anzweifelbar. Das „Nicht-Infrage-Stellen“ wird auf das „In-Schutz-Nehmen“ ausgeweitet. Wenn der Arzt nachweislich einen Fehler gemacht hat, wird er in Schutz genommen und ihm wird die Verantwortung dafür genommen, indem die Fehler trivialisiert oder als menschlich entschuldigt werden. Ein gutes Beispiel ist die Geschichte von Fr. Abt:

„Also naja, ich meine, wenn manchmal der Arzt so hoch käme oder wenn irgendwie was ist, das ist verzeihlich. Das sind auch nur Menschen. Überall, die Leute, die wo an der Technik sitzen oder sonst was machen, wenn die Fehler machen, ach ja, Gott, das ist wieder gut, das ist bei jedem.“ (Fr. Abt, 95).

Diese Strategie des Trivialisierens wird im weiteren Verlauf bei Fr. Abt noch deutlicher, wo offensichtlich ein anders therapeutisches Vorgehen der Patientin u. U. Linderung gebracht hätte.

„Also da gab es/ Das Bein war so geschwollen, also es ging gar nicht. Und ich kriegte aber dann aber nachher zu hören, da waren so zwei Monate dazwischen, also noch ein bisschen länger, es war eine extrem schwere Nervenentzündung. Also, ich sage, da konnte keiner anfassen. Ich habe zwei Jahre lang nur noch auf dem Rücken schlafen können und das Bein ganz gerade halten. Also es war kein ausruhender Schlaf, muss ich sagen. Vielleicht hätte ich zum Neurologen überwiesen werden müssen, das hätte ja damals/ Aber ich will da wirklich keinem einen Vorwurf machen.“ (Fr. Abt, 67).

Die Patientin hatte zwei Jahre lang starke Schmerzen, schon Berührungen taten weh und auch der Schlaf war sehr eingeschränkt. Obwohl die Patientin der Meinung war, dass ein Neurologe

hätte hinzugezogen werden sollen, um diese Schmerzen und Einschränkungen zu vermeiden, „möchte sie keinem einen Vorwurf machen“ und rechtfertigt damit das Vorgehen der Ärzte. Der Arzt wird aber auch in Schutz genommen, wenn es um mögliche Wünsche in der A-P-I geht. Auch wenn längere Gespräche besser erscheinen, so ist es dem Arzt aus Sicht des devotionalen Patienten nicht möglich: „Na, wie gesagt, wünschen ist eben längere Gespräche. Das ist das A und O eigentlich. Und das können die Ärzte ja nicht, weil sie unter Druck sind, viele Patienten haben.“ (Hr. Vaillant, 48). In letzter Konsequenz darf auch die Beziehung zum Arzt nicht beendet werden. Der devotionale Patient wechselt nicht den Arzt, da es für ihn in logischer Konsequenz keine Gründe gibt. Er ist mit allem zufrieden und wenn Fehler gemacht werden, greifen Strategien diese umzudeuten. Die komplexe Strategie der Tabuisierung stellt auch eine Entlastungsfunktion für den devotionalen Patienten dar (s. Konsequenzen der Handlungsstrategie).

Strategie des Gestaltungsverzichtes

Eng mit der Handlungsstrategie der Tabuisierung ist die Strategie des Gestaltungsverzichtes verknüpft. Der devotionale Patient ist der Überzeugung, dass innerhalb des medizinischen Kontextes, speziell in der Interaktion mit dem Arzt, die Unmöglichkeit der Gestaltung durch den Patienten besteht. Auf die Frage „Was meinen Sie denn, was können Patienten, ältere Patienten dazu beitragen, dass das Gespräch mit dem Arzt verbessert werden kann?“ antwortet Hr. Quam: „Ja, das ist ja eigentlich eine Frage, die eher die Ärzte beantworten können, ja?“ (70) Hier kommt der Kern dieser Strategie zum Ausdruck: der devotionale Patient schiebt diese Frage von sich und adressiert diese an den Arzt, er verzichtet darauf.

Im Interview erzählt Hr. Abend, dass bei ihm aufgrund der Krebserkrankung vierteljährlich ein MRT bzw. ein CT gemacht wird. Nur wenn der Befund positiv ist, ruft der Arzt ihn an, um ihm die Diagnose mitzuteilen. Dies wird vom Patienten als sehr belastend erlebt. Auf Nachfrage, ob er denn auf den Anruf warte, antwortet Hr. Abend, 39: „Da wäre ich schon mit den Nerven fertig, wenn ich darauf warten würde.“ Im weiteren Verlauf wird das Ausmaß der Belastung deutlich, da Hr. Abend seine gesamte Lebens- und Alltagsplanung darauf auslegt:

„Das Einzige, wo das Ganze ein bisschen, meine ganze Planung mit allem Drum und Dran ist in Vierteljahres-Scheiben. Länger tue ich langfristige Sachen nicht festlegen, da warte ich immer dann, ob er in der Zeit irgendwie eine Entscheidung fällt.“ (Hr. Abend, 39).

Dies ist für Hr. Abend eine konkrete und keine abstrakte Bedrohung, da schon zweimal „relativ kurz hintereinander“ (Abs. 39) ein Rezidiv auftrat. Auf Nachfrage, ob eine Umgestaltung bei der Befundmitteilung angenehm für ihn wäre, antwortete Hr. Abend, 43:

„Ja, ist ja schwer einzuschätzen, ich weiß nicht, wenn das ausgewertet ist, wie lange, welchen Zeitraum er braucht, um dann irgendwie festzustellen, es ist irgendwas. Das kann ich nicht beurteilen. Also eine gewisse Zeit, eine gewisse Frist ist immer noch Unsicherheitsfak-

tor, wo dann ja oder nein. (seufzt) (...) Ich habe mich damit abgefunden, das geht seit, wie gesagt, seit fünf Jahren so.“

Dieses Warten stellt für Hr. Abend eine große Belastung dar, was durch das Seufzen und die lange Pause deutlich wird. Hr. Abend löst es für sich, indem er sofort vom subjektiven Eindruck (gefällt mir/gefällt mir nicht) zur Sachebene wechselt und nimmt damit den Arzt in Schutz. Er könne nicht beurteilen, wie lange die Auswertung der Ergebnisse dauert. Auch wenn die Dauer der Ungewissheit verkürzt werden könnte, wagt der Patient nicht zu hoffen, und hat sich damit abgefunden, dass es so ist, wie es ist. Der Patient verteidigt das Vorgehen der Ärzte/seines Arztes und sieht keinen Spielraum für mögliche Veränderungen.

Strategie des blinden Gehorsams

Die Mitarbeit des Patienten wird auf die Berichterstattung und der konkreten Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen reduziert: „Und ich bin derjenige, der seine, ja, es sind ja keine Empfehlungen, es sind tatsächlich Festlegungen und die sehe ich auch so. [...] Und so handhabe ich auch die Empfehlungen vom Doktor, wenn der sagt, das machen wir so, dann machen wir das so.“ (Hr. Ebbing, 70). Der Patient soll sich auf die Umsetzung der „Anweisungen“ des Arztes konzentrieren. An den Anweisungen des Arztes ist aus Sicht des devotionalen Patienten auch nicht zu rütteln, da es „tatsächlich Festlegungen“ sind, die nicht zur Disposition stehen. „Ja, der Patient leistet, was der Arzt sagt, wie er sich ernährt.“ (Fr. Baart, 80, 65).

4.2.4 Konsequenzen der Handlungsstrategien

Aus den oben beschriebenen Strategien ergeben sich drei Konsequenzen: eine generelle Zufriedenheit, eine Entlastungsfunktion des Patienten und eine instabile Compliance. Der devotionale Patient ist generell und prinzipiell mit allen Ärzten zufrieden und hat nichts an deren Verhalten oder Therapien auszusetzen. Dies ist eine offen gezeigte **generelle Zufriedenheit**.

„Nein, ich bin mit den Ärzten zufrieden, mit allen. Jetzt, wo ich überall war, beim Augenarzt oder anderswo, war ich jetzt mal beim Röntgen oder ich, sage doch dann Top-Ärzte, ja. Wo ich jetzt war jetzt so wegen Asbest oder so, die fragen und machen, ob es Veränderungen gibt mit dem Asbest, aber ist nicht. Der untersucht ja einen richtig und so und dann zum Röntgen schicken. Alle Ärzte, die ich bis jetzt habe, kann ich nichts Negatives sagen, alle, ob es sonst wer ist, also wirklich. Finde ich gut, Glück gehabt.“ (Hr. Vaillant, 35).

Diese Konsequenz ist notwendig, damit das Fundament des Vertrauens aufrecht gehalten werden kann. Die generelle Zufriedenheit des devotionalen Patienten ist nicht an die Krankheitslast bzw. der Anzahl der chronischen Erkrankungen des jeweiligen Patienten gebunden. Dabei stehen nicht die Anzahl der chronischen Erkrankungen im Fokus, sondern die dahinter stehenden

Erfahrungen, die im medizinischen Versorgungssystem gemacht wurden. Hr. Vaillant hat im Vergleich zu anderen Patienten dieses Typs mit nur vier chronischen Erkrankungen relativ wenige chronische Erkrankungen. Die generelle Zufriedenheit ist aber genauso bei devotionalen Patienten mit acht chronischen Erkrankungen anzutreffen:

Fr. Iburg, 74 Jahre, Absatz 45; 8 chron. Erkrankungen

„Naja und ansonsten bei den anderen Fachärzten, wo ich sonst noch in Behandlung bin, kann ich mich nicht beklagen. (...) Weder jetzt bei der Hautärztin noch beim Augenarzt. Also, da bin ich auch sehr zufrieden. (räuspert sich) Ja und (...) Hals-Nasen-Ohren-Arzt auch, weil ich habe da ja auch schon zwei Operationen hinter mir. Und (...) Zahnarzt ebenso. Also, ich kann mich da nicht beschweren.“

Hr. Zeigler, 83 Jahre, Absatz 26; 8 chron. Erkrankungen

„Ich bin mit allen Ärzten, muss ich sagen, zufrieden gewesen.“

Frau Iburg und Herr Zeigler haben mit jeweils acht chronischen Erkrankungen notwendiger Weise viele Erfahrungen im medizinischen Versorgungssystem gemacht. Die Arbeitshypothese ist, dass in der medizinischen Versorgung mit hoher Wahrscheinlichkeit schon mal schlechte Erfahrungen gemacht wurden. Es handelt sich hierbei um eine Einstellung dem Arzt aber auch dem medizinischen Versorgungssystem gegenüber. Unabhängig was, wie gemacht wird, sind die Patienten zufrieden. Es stellt eine Schutzfunktion dar, um das Fundament des Vertrauens nicht zu erschüttern. Dabei werden belastend erlebte Situationen emotional umgedeutet. Diese Konsequenz ist auch bei Herrn Abend zu finden, der - obwohl er immer wieder lange Zeiten der Ungewissheit hat, ob ein Rezidiv auftritt oder nicht - mit dem Vorgehen völlig zufrieden ist, ungeachtet der eigenen Belastung, die die Situation bei ihm hervorruft.

Eine weitere Konsequenz, die aus diesen Strategien hervorgeht, ist eine **Entlastungsfunktion** für den Patienten. Da es für den devotionalen Patienten Tabu ist, Informationen selbstständig einzuholen, ist er aus der Verantwortung, sich intensiver mit seiner Erkrankung auseinander zu setzen. Er gibt die Verantwortung an den Arzt ab und konzentriert sich auf die Umsetzung der ärztlichen Anweisungen. „Er bestimmt [...] die Medikation und er hat auch die Verantwortung. Und so sollte es auch bleiben und ich fühle mich, und er auch, und ich fühle mich dabei wohl.“ (Herr Ebbing, 66) „Er hat auch die Verantwortung“ zeigt hier deutlich, dass der Patient entlastet ist und keine Verantwortung trägt. Aus seiner Sicht kann er als Laie nichts beitragen, außer dem Arzt zu berichten und seinen Anweisungen zu folgen. Diese Anweisungen sollen dem devotionalen Patienten eineindeutig vermittelt werden:

Hr. Kahle: „Ja und ganz klar und deutlich, so dass ich mir das auch merken kann.“

Interviewer: [...] Sie müssen da auch nicht viel nachfragen oder?

Hr. Kahle: Nein, nein, gar nicht, die erklärt mir das eigentlich idiotensicher.“ (Abs. 37-39)

Der Begriff „idiotensicher“ verdeutlicht die Konsumentenhaltung des devotionalen Patienten, die eine Entlastungsfunktion für ihn hat.

Diese Einstellung der Konsumentenhaltung ist eng mit der Konsequenz der **instabilen Compliance** verbunden. Bei der instabilen Compliance handelt es sich nicht um eine durch Einsicht erzeugte Bereitschaft, den Empfehlungen des Arztes zu folgen, sondern vielmehr um ein Überreden im Habermasschen Sinn [4]. Diese Form des Überredens impliziert instabile Meinungen und Einstellungen, die schnell wieder verworfen werden. Die Asymmetrie der Beziehung und das damit einhergehende blinde Vertrauen dem Arzt gegenüber ist ausschlaggebend für den devotionalen Patienten, um den Anweisungen des Arztes zu folgen. Sollten Schwierigkeiten z.B. in Form alter Gewohnheiten auftreten, ist der devotionale Patient *incompliant*. Damit ist das jeweils geschlossene Arbeitsbündnis nicht sonderlich tragfähig.

„Ich bin, genau. Genau, genau. Und ich bin derjenige, der seine, ja, es sind ja keine Empfehlungen, es sind tatsächlich Festlegungen und die sehe ich auch so. Ich sehe das wirklich so. Ich sage zum Beispiel ganz konsequent, das darf ich nicht essen, obwohl ich das essen dürfte, nur die Menge wäre eine andere. Und aber ich sage von vorneherein, das darf ich nicht und dann rührt sich auch psychisch nichts. Dann ist das Ding geklärt und da ist nichts daran zu rütteln. Manchmal haue ich doch über die Stränge, wenn ich mich nun in der Woche hinstelle und mir einen Rührkuchen backe, dann haue ich eben auch drei Eier rein. Ich darf kein Eigelb essen, Eiweiß schon, aber kein Eigelb. Dann haue ich eben aber trotzdem drei Eier rein, ich schlage trotzdem über die Stränge. Na klar, aber ich sag eben von Anfang an und grundsätzlich, das darf ich nicht. Und wenn ich das nicht darf, dann ist das tabu. Und so handhabe ich auch die Empfehlungen vom Doktor, wenn der sagt, das machen wir so, dann machen wir das so.“ (Hr. Ebbing, 70).

Hr. Ebbing handelt aus einem gewissen Automatismus. Der Arzt sagt, dass etwas gemacht oder unterlassen werden soll und der Patient übernimmt es zunächst unreflektiert: „Und wenn ich das nicht darf, dann ist das tabu.“ Wenn die Anweisungen aber nicht in die Lebensgewohnheiten passen und eigentlich die Gewohnheiten adaptiert werden müssten, werden die Anweisungen ignoriert: „Dann haue ich eben aber trotzdem drei Eier rein, ich schlage trotzdem über die Stränge.“ Das zeigt, dass die Anweisungen nicht langfristig und stabil umgesetzt werden, sondern dass die Compliance des Patienten instabil ist. Der Patient ist nicht in der Lage, seine Handlungen im Lichte der Therapie zu reflektieren und entsprechend anzupassen und hat dementsprechend keine Krankheitseinsicht. Wenn die therapeutischen Maßnahmen in die Lebensgewohnheiten des Patienten passen, werden die Anweisungen umgesetzt, ansonsten nicht. Dabei wird der Verstoß nicht als solcher wahrgenommen.

4.2.5 Weitere spezifische Präferenzen des devotionalen Patienten

In diesem Abschnitt werden weitere Aspekte der zweiten Forschungsfrage „Welche kommunikativen Präferenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?“ beantwortet.

Der Patiententyp des devotionalen Patienten hat bezüglich der A-P-I naturgemäß eher weniger Präferenzen, da aus seiner Perspektive die Möglichkeit der aktiven Gestaltung, dies impliziert auch Wünsche, eher nicht gegeben ist (dazu Kap. 4.2.6). So sind die Präferenzen des devotionalen Patienten eher konkret und entsprechen der passiven Rolle, die er in der A-P-I einnimmt. Generell sind die Präferenzen des devotionalen Patienten optionale Präferenzen, die immer den Bedürfnissen des Arztes und seinen Befindlichkeiten untergeordnet werden.

Dem devotionalen Patienten ist es wichtig, dass der Arzt **immer Zeit** hat. „Na, wie gesagt, wünschen ist eben längere Gespräche. Das ist das A und O eigentlich. Und das können die Ärzte ja nicht, weil sie unter Druck sind, viele Patienten haben.“ (Hr. Vaillant, Abs. 48) Mit dem Ausdruck, das „A und O“ verdeutlicht der Patient, dass dies für ihn die entscheidende Präferenz ist. Dieser Wunsch wird aber direkt relativiert bzw. adaptiert, indem er den Arzt in Schutz nimmt bzw. aus der Verantwortung nimmt: „das können die Ärzte ja nicht.“ Hier sieht man deutlich die Asymmetrie und die Unterordnung der eigenen Präferenzen. Folgerichtig wäre es schön, wenn der Arzt mehr Zeit hätte, da es aber nicht möglich ist, ist es irrelevant. Diese Diskrepanz zwischen Wunsch nach Bedürfniserfüllung auf der einen Seite und den tatsächlichen Möglichkeiten des Arztes auf der anderen Seite wird durch die Tabuisierung jedweder Kritik an dem Arzt aufgelöst. Sich Zeit in den Gesprächen zu nehmen ist ein Bestandteil dieser Präferenz. Ein weiterer Aspekt geht aber darüber hinaus: Frau Naber gerät ins Schwärmen über ihre Hausärztin. „Die nimmt sich eben viel Zeit und auch medizinisch und so.“ (Fr. Naber, 54) Mit dem „und so“ wird deutlich, dass sich die Hausärztin nicht nur viel Zeit für medizinische Anliegen nimmt, sondern auch für nicht medizinische, z.B. private Situation bzw. Probleme.

„Genau, nur ein Gespräch, weil ich zurzeit/ Praktisch brauchte er keine Untersuchung zu machen, sagen wir mal so. Die Werte, was ich hatte, war alles in Ordnung, wie er sagte. Und darauf hat er gesagt, da machen wir mal nur ein Gespräch. Und das finde ich richtig.“ (Hr. Vaillant, 7).

Zu der Präferenz, dass der Arzt Zeit für medizinische und nicht medizinische Anliegen nimmt, kommt noch eine generelle Verfügbarkeit hinzu: „Der machte Hausbesuche, der kam sonntags, sonnabends, der kam immer! Ob Sie das heute noch so finden? Ich finde, das würde vielleicht ein bisschen fehlen. (...)“ (Fr. Naber, 54).

Diese Form des Zeithabens geht mit einer weiteren Präferenz einher, die des **Sich-Kümmerns**. Dem devotionalen Patienten ist es wichtig, dass sich der Arzt um ihn kümmert. Zum einen durch Hausbesuche oder innerhalb des ärztlichen Gespräches: „Also hier so fürsorglich, dafür bin ich ja sowieso zu haben, da mache ich alles, wenn jemand fürsorglich für mich ist.“ (Hr. Paak, 89). Dieses Sich-kümmern, auf den Patienten eingehen und die Patienten ernst nehmen, ist für den devotionalen Patienten eine notwendige Bedingung, um den Beruf des Arztes überhaupt ausüben zu können. „Denn ein Arzt, der seine (...) Arbeit nicht so richtig ernstnimmt, der hat seinen Beruf verfehlt.“ (Hr. Quam, 76).

Für den devotionalen Patienten ist es wichtig, dass der Arzt erfahren ist. Es gibt ein gewisses Verständnis, dass auch jüngere Ärzte lernen müssen, es müssen auch welche nachrücken, da die älteren irgendwann weg sind. Aber die Präferenzen des Patienten gehen hier eindeutig zu Gunsten des erfahrenen Arztes.

„Ja, wenn Sie so einen jüngeren Arzt, der muss es ja auch lernen. Wir brauchen sie doch für später, was? Das stimmt ja alles, aber wenn Sie so, im Hinterkopf haben Sie immer: Oh, da würde ich lieber zu dem Älteren gehen, der hat mehr Erfahrung und mehr/ So wie es im Berufsleben heute auch ist, ja? Da holen sie sich viele ältere Leute (lachend) wieder zurück, weil die mehr Erfahrungen haben.“ (Fr. Naber, 72).

Für den devotionalen Patienten sind Aspekte zur **Beziehungsgestaltung** sehr wichtig. Hier stehen die Wahrung der Höflichkeitsformen besonders heraus. Darunter zählt, dass der devotionale Patient sich wünscht vom Arzt abgeholt zu werden, freundlich mit Namen begrüßt wird und der Arzt ihn zu seinem Platz geleitet.

„Die wichtigen Punkte, also mein Arzt empfängt mich schon an der Rezeption, begrüßt mich sehr höflich und: "Bitte, nehmen Sie Platz."“ (Fr. Baart, 59).

„Nicht aufgerufen, er kommt selber in das Wartezimmer und holt einen ab dann meistens. Er nimmt einen gleich mit, begrüßt einen mit Handschlag und lässt einen dort erst mal Platz nehmen.“ (Hr. Ubbing, 55).

Diese Begrüßungsrituale sollen für den devotionalen Patienten mit Freundlichkeit einhergehen und in einer offenen Frage zum aktuellen Befinden des Patienten münden: „Also so muss ein Arzt sein, freundlich sein, reinkommen: "Tag." Schön grüßen und fragen gleich: "Wie geht es?" Das ist wichtig: "Wie geht es?" und so.“ (Hr. Vaillant, 45).

Eine weitere Form der Beziehungsgestaltung ist die umfassende Beantwortung von Fragen, die für den devotionalen Patienten sehr wichtig sind. Auf die Frage „wann sagen Sie denn persönlich, das war ein gutes Gespräch mit einem Arzt?“ antwortet Frau Zahner: „Dass ich alle Fragen beantwortet bekommen habe.“ (Fr. Zahner, 64). Mit dem Eingehen auf die Fragen signalisiert

der Arzt Interesse an den Belangen des Patienten. Dieses Interesse-zeigen ist für den devotionalen Patienten sehr wichtig: „Man muss merken, also ich bin der Meinung, man muss merken, dass der Arzt sich auch mit dem Patienten beschäftigt und nicht bloß einfach da sitzt, irgendwas aufschreibt und nur so zuhört oder so.“ (Hr. Kahle, 62). Dabei liegen die Präferenzen des devotionalen Patienten auf einer ganzheitlichen Wahrnehmung des Patienten. „Und (...) tja, (...) dass sie eben mit den Menschen das Innere erforschen erst mal, wie es geht, ja? Und auch das Private, ein bisschen das Gespräch suchen.“ (Fr. Baart, 78). Zu der Betonung auf Ganzheitlichkeit werden die privaten Themen bzw. private Gespräche besonders hervorgehoben. Dies ist für den devotionalen Patienten ein wichtiger Bestandteil der A-P-B. Des Weiteren ist es dem devotionalen Patienten wichtig, dass diese Gespräche in einem geschützten Rahmen stattfinden. „Was bloß manchmal ein kleines bisschen stressiger ist, aber das muss natürlich sein, bei der Ärztin sitzt dann immer noch eine Assistenzärztin drin, also die sie anlernt.“ (Fr. Naber, 17). Hier wird deutlich, dass es dem devotionalen Patienten die Vertrautheit eines dyadischen Gesprächs wichtig ist. Dieses Bedürfnis zu verbalisieren traut sich aber der devotionale Patient nicht. Auf die Frage „Und haben Sie mal gesagt, dass Sie die Ärztin lieber alleine sprechen möchten, wenn die Praktikantin da ist?“ antwortet Frau Naber: „Nein, ich habe es noch nicht gesagt, weil ich noch nicht so, jetzt so was Schwieriges so, was so (unv.) hatte. Nein, eigentlich nicht, nein.“ (Fr. Naber, 21). Hier greifen die Strategie der Tabuisierung, welche mit der Trivialisierung eigener Bedürfnisse einhergeht, und der Strategie des Gestaltungsverzichts zusammen.

Wenn es um Informationsvermittlung geht, wünscht sich der devotionale Patient eine klare und einfache Sprache. „Eine klare, einfache Sprache, dass man, dass es auch verständlich ist /Ja, ja./“ (Hr. Abend, 62). Dabei ist es für den devotionalen Patienten wichtig, dass der Arzt nach Möglichkeit Fachbegriffe vermeidet. „Naja, nein, wenn der Arzt jetzt nicht gerade so mit seinen Fachbegriffen um sich schmeißt, dann kann man ja eigentlich auch diesen Ausführungen folgen, ja?“ (Hr. Quam, 32). Des Weiteren ist es für den devotionalen Patienten auch wichtig, dass die Informationen gut verarbeitet werden können. „Ja und ganz klar und deutlich, so dass ich mir das auch merken kann.“ (Hr. Kahle, 37). In diesem Kontext sind die praktischen Implikationen der Krankheitstrias für den devotionalen Patienten relevant. „Du musst das und das machen, damit du gesund wirst.“ (Hr. Abelmann, 31). Hier möchte der devotionale Patient klar wissen, wie er konkret die Anweisungen des Arztes umsetzen soll.

4.2.6 Spezifische Kompetenzen des devotionalen Patienten

Der folgende Abschnitt hat die Beantwortung der dritten Forschungsfrage „Welche kommunikativen Kompetenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?“ zum Inhalt.

Generell fällt es dem devotionalen Patienten aufgrund der passiven Rolle, die er innerhalb der A-P-I einnimmt, schwer sich aktiv zu integrieren und die Interaktion nach seinen eigenen Bedürfnissen zu gestalten. Die Gestaltungsmöglichkeiten (Kompetenzen) des devotionalen Patienten sind alle eine Form des Zuarbeitens für den Arzt und Ausdruck der Rollenerwartungen sowie der damit einhergehenden asymmetrischen Beziehung. Dennoch sieht der devotionale Patient Möglichkeiten, das Gespräch im Rahmen der Übernahme der oben beschriebenen Rollenerwartungen entsprechend zu gestalten. Die eigenen Bedürfnisse spielen dabei eine untergeordnete Rolle, wie am Beispiel des geschützten dyadischen ärztlichen Gespräch schon zu sehen war.

Eine Möglichkeit für den devotionalen Patienten das ärztliche Gespräch zu gestalten, ist die **offene Berichterstattung**. Dabei geht es um die Bereitstellung von Informationen von Patienten für den Arzt. Das bedeutet zunächst, dass sich der Patient dem Arzt gegenüber öffnet und auch über so etwas Intimes wie Gefühle, eigenes Empfinden, Bedürfnisse berichtet.

„Die fragt, ich erzähle ihr, was mir widerfährt, also wie es mir geht, was ich habe, was ich für Beschwerden habe. Ja und dann fragt sie mich, stellt sie präzise Fragen und daraufhin sagt sie mir, was ich zu tun und zu lassen habe und verordnet mir die Medikamente.“ (Hr. Kahle, 37).

Auch bei Nachfragen des Arztes soll ehrlich geantwortet werden. „Der Patient muss gesprächsbereit sein auch zum Arzt gegenüber, denn, (...) wenn ich jetzt (...) kurz angebunden bin, dann kann der Arzt ja auf mich auch nicht darauf eingehen.“ (Hr. Quam, 65, 70). Der Arzt hört sich den Bericht des Patienten an und bewertet das dann das Gesagte. Damit die oben beschriebene paternalistische A-P-B funktioniert, ist diese offene Berichterstattung, was einer gewissen Berichtspflicht des Patienten gleich kommt, notwendig, damit der Arzt für den Patienten Entscheidungen treffen kann. Die Asymmetrie der Beziehung wird auch hier deutlich: „Dass die [älteren, multimorbiden Patienten] konkret sagen, was sie haben und auch ehrlich dazu stehen.“ (Fr. Abt, 125). Der Nebensatz "und das man auch dazu steht" impliziert, dass der Patient hierfür auch die Verantwortung übernehmen muss, als sei der Patient für seine Krankheit verantwortlich. Der Patient muss sich daraufhin der Bewertung des Arztes unterziehen. Der Patient soll zu seinem schlechten Verhalten stehen, schlecht, da er ja krank geworden ist.

Ein weiterer Aspekt der Bericht-Pflicht ist das Sammeln und die Bereitstellung von Informationen: Damit sind die Patienten Gatekeeper und nicht mehr die Hausärzte. Hier wechselt die Verantwortung vom Arzt auf den Patienten.

„Ich habe meinen Ordner zu Hause auch noch. /Ja./ Es kann ja mal mir zu Hause was passieren, muss jetzt mal eine schnelle Hilfe oder irgendwie was geholt werden, kann man nur, nimmt man den Ordner zur Hand. Da muss der nicht immer, da hat der schon gleich alles, der da gerade kommt oder die oder was weiß ich.“ (Fr. Abt, 138-139).

Der devotionale Patient stellt **Nachfragen/Verständnisfragen**, um die Anweisungen des Arztes gut umzusetzen. „Weil ich auch frage, ich frage grundsätzlich. Wenn mir was nicht klar ist, dann frage ich, ja?“ (Fr. Zahner, 30). Dabei liegt ein Fokus auf den praktischen Implikationen, also möglichst konkrete Anweisungen, wie er, was therapeutisch umzusetzen hat. Hierbei geht es darum, dass die Informationen des Arztes gut aufgenommen werden. „Ich bin ja dann auch ein guter Zuhörer. Ich höre mir das ja dann auch alles ganz genau an, aber wenn man älter wird, ist das so, dass man ja nicht immer ganz (lachend) so schnell haftet, ja, wie bei jüngeren Leuten, ja?“ (Fr. Naber, 41). Das alles vor dem Hintergrund, dass der Patient die Anweisungen des Arztes befolgen soll:

„Ja. Was Patienten eben? (...) Ja, freilich, wenn ich jetzt richtig krank bin und mich mit dem Arzt darüber unterhalte und der Arzt erklärt Ihnen jetzt, was Sie zu machen haben mit der Medikamenteneinnahme und so. Ich nehme an, viele Patienten richten sich nicht mehr danach oder viele sind eben älter, dass sie das nicht mehr so mitkriegen. Das wäre vielleicht so das Einzige. [...] Ja, sich eigentlich ein bisschen danach richten, nach dem, was der Arzt sagt. Ja?“ (Fr. Naber, 58-60).

In dem Zitat wird deutlich, dass die Patientin die Gefahr sieht, dass sich Patienten nicht an die Anweisungen halten. Was hier ex negativo formuliert wurde ist, dass älteren Patienten dem Arzt zuhören sollen, um den Anweisungen zu folgen.

Die Passivität der Gestaltungsmöglichkeiten des devotionalen Patienten wird auch deutlich durch die postulierte **Zufriedenheit und Genügsamkeit**, die der Patient haben soll:

Interviewer: „[...] was glauben Sie denn, könnten Patienten dazu beitragen, also jetzt gerade auch ältere Patienten mit chronischen Erkrankungen, was könnten die dazu beitragen, das Gespräch mit dem Arzt besser zu gestalten?“

Fr. Abt: Nicht immer nur unzufrieden sein, ein bisschen Zufriedenheit reinbringen“
(118-119)

Die Patienten können akzeptieren, dass es so ist, wie es ist. An der Sache als solche ist nichts zu ändern, sondern der Patient muss seine Einstellung, seine Ansprüche an den Gegebenheiten anpassen. Diese Form der Genügsamkeit geht im Kontext des devotionalen Patienten in einen Fatalismus über. Gemeint ist damit die Fähigkeit, die Dinge so zu akzeptieren oder hinzunehmen wie sie sind, da er nichts daran ändern kann. Die Art der Zufriedenheit ist im blinden Vertrauen des devotionalen Patienten begründet:

„Naja, ich will es mal so sagen, es gibt/ Also ich bin ja nicht so. Es gibt ja viele Patienten, die nicht zufrieden sind, sagen wir mal, die Art, wie der Doktor macht und so. Ich kenne da verschiedene. Das liegt aber an den Patienten und nicht am Doktor. Die haben kein Vertrau-

en. Man muss Vertrauen haben zum Arzt, sonst kommt da keine Basis auf mit ihm zu kooperieren und so.“ (Hr. Vaillant, 51).

Auch bei Herrn Vaillant wird deutlich, dass der Patient dem Arzt zu vertrauen hat, auch wenn es nicht gut läuft. Es erinnert an die Prüfungen, die der im christlichen Glauben den Menschen auferlegt werden, um ihre Glaubensfestigkeit zu prüfen. So wie Abraham seinen Sohn Isaak opfern sollte, um seine Gottesfurcht zu zeigen, so soll der Patient dem Arzt auch bedingungslos vertrauen, ungeachtet, wie es dem Patienten gerade damit geht. Selbst wenn der Arzt mal Fehler macht, so ist das wird der Arzt vom devotionalen Patienten in Schutz genommen: „Der Patient muss entgegenkommen auch. /Okay./ (...) Also naja, ich meine, wenn manchmal der Arzt so hoch käme oder wenn irgendwie was ist, das ist verzeihlich. Das sind auch nur Menschen“ (Fr. Abt, 95). Der Patient soll genügsam sein und die Dinge so hinnehmen, wie sie sind. Der Auch hier wir auch die Asymmetrie in der Beziehung deutlich.

Fr. Abt: „Und ich sage, man [der Patient] muss sich eben dafür Zeit nehmen.

Interviewer: Also auch ein bisschen Geduld mitbringen?

Fr. Abt: Geduld vor allem. (127-129)

Gleichzeit ist der Patient für sich selbst verantwortlich: „Und wie das Verhältnis/ Ja, jeder ist für sich verantwortlich, muss ich denken und auch sagen.“ (Fr. Baart, Abs. 69). Muss ich sagen und auch denken, zeigt, dass es hier keine andere Wahl gibt. Der Patient ist verantwortlich, ob er gesund wird oder nicht.

Der Patient sollte wissen, was er will, damit er **die ärztliche Zeit nicht verschwendet**. Dabei geht es nicht um eine Vorbereitung für den Patienten, sondern viel mehr zum Schutze des Arztes, damit die Gespräche nicht unnötig ausufern. „Na, man muss vorher wissen, was man will, dass man nicht mit allen möglichen Fragen kommt, die der Arzt ja auch beantworten muss, aber die Zeit eben dazu fehlt. Ja, also der Patient muss sich vorher vorbereiten, sage ich mir.“ (Fr. Zahner, Abs. 72). Es besteht die Meinung, dass die Ärzte sehr wenig Zeit haben und deshalb die Gespräche häufig so kurz sind. Dabei sollte er nur bei ernststen Anliegen zum Arzt geht. Es kommt immer wieder die Angst hoch, dass der Arzt den Patienten nicht ernst nehmen könnte, da er sich anstellt, simuliert. Die dahinterliegende Sollvorschrift lautet: Du sollst dem Arzt nicht seine kostbare Zeit stehlen (Wertigkeit?). Nach Möglichkeit sollte der Patient sich zurücknehmen und nicht so viel Zeit vom Arzt in Anspruch nehmen.

„Und wenn ich aber nichts habe, dann ruckzuck, dass der Doktor wieder bei dem nächsten mehr fragen kann, Patienten. Und dann mache ich nicht irgendwie Kino draus hier, das und das. Mein Gott, es tut jedem immer mal was weh irgendwie. (lacht) Ja und das sind eben die Gespräche beim Doktor, wenn was ist. Aber wenn nichts ist, dann mache ich es kurz, weil er hat ja auch zu tun. Das ist meine Meinung.“ (Hr. Vaillant, 22).

4.2.7 Kernaussagen des devotionalen Patienten

Der devotionale Patient ist durch ein blindes Vertrauen dem Arzt gegenüber gekennzeichnet. Er besitzt ein einfaches Krankheitsverständnis und möchte sich nicht intensiver mit seinen Erkrankungen auseinandersetzen. Dies liegt in der asymmetrischen Beziehung zum Arzt begründet. Der Arzt hat aus Sicht des devotionalen Patienten eine Kontrollfunktion, die Ausdruck dieser asymmetrischen Beziehung ist. Daraus ergeben sich drei Handlungsstrategien. Die Handlungsstrategie der Tabuisierung meint, dass Handlungen oder Anweisungen des Arztes nicht infrage gestellt und Fehlentscheidungen trivialisiert werden. Die Handlungsstrategie des Gestaltungsverzichtes bedeutet, dass der devotionale Patient keine Möglichkeit sieht, sich in die Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion aktiv einzubringen. Die Handlungsstrategie des binden Gehorsams drückt sich in der unreflektierten Umsetzung der Anweisungen des Arztes aus. Die Konsequenzen der Handlungsstrategien sind zunächst eine generelle Zufriedenheit des Patienten mit allem was der Arzt macht. Diese Form der Zufriedenheit ist eng mit einer instabilen Compliance verbunden. Falls die Handlungsanweisungen des Arztes nicht in die Lebenswirklichkeit des Alltages des devotionalen Patienten passen, werden diese nicht mehr umgesetzt. Eine weitere Konsequenz der Handlungsstrategie ist eine Entlastungsfunktion, da der devotionale Patient die volle Verantwortung dem Arzt zuschreibt, um sich prinzipiell auf die Umsetzung der Anweisungen zu konzentriert.

Weitere Präferenzen des devotionalen Patienten sind, dass der Arzt nach Möglichkeit immer Zeit hat und sich um die Belange des Patienten kümmert, wie z.B. durch Hausbesuche. Er wünscht, dass alle seine Fragen, wie beispielsweise Medikamente einzunehmen sind (s. Kap. 4.1.1 Krankheitstrias), beantwortet werden. Dazu wünscht sich der devotionale Patient vom Arzt konkrete Handlungsanweisungen. Da der devotionale Patient seine Rolle in der Arzt-Patienten-Interaktion passiv definiert, sieht er keine Möglichkeit, die Interaktion aktiv zu gestalten. Die Gestaltungsmöglichkeiten (Kompetenzen) des devotionalen Patienten sind alle eine Form des Zuarbeitens für den Arzt und sind Ausdruck der Rollenerwartungen und der damit einhergehenden asymmetrischen Beziehung. Eine Möglichkeit in diesem Kontext ist die offene Berichterstattung des Patienten, wie es ihm aktuell geht und was er wie von den Anweisungen des Arztes umgesetzt hat, damit der Arzt dies im Sinne der Kontrollfunktion bewerten kann. Die nächste Kompetenz sind Nachfragen, die sich auf die Umsetzung von Handlungsanweisungen beziehen. Eine weitere Kompetenz ist eine Genügsamkeit bzw. Zufriedenheit mit den Handlungen des Arztes oder mit den Ergebnissen, die erreicht wurden. Die letzte Gestaltungsmöglichkeit für den devotionalen Patienten ist, dass er die Zeit des Arztes nicht verschwendet, d.h. dass der devotionale Patient nur mit gravierenden Anliegen zum Arzt geht. Hier zeigen sich besonders die asymmetrische Beziehung und das passive Rollenverständnis des devotionalen Patienten.

4.3 Der Patiententyp des fordernden Patienten

In der Abbildung 5 ist das paradigmatische Modell des fordernden Patienten dargestellt, wie es methodologisch in Kapitel 3.2 beschrieben wurde. Die kommunikativen Präferenzen und Einstellungen des fordernden Patienten zur A-P-I spiegeln sich im paradigmatischen Modell wider. Essentiell für den fordernden Patienten ist ein elaboriertes Krankheitsverständnis. Er möchte in den gesamten Prozess der Behandlung von der Diagnostik bis hin zur Therapieentscheidung mit einbezogen werden (Kap. 4.3.1). Ursache ist, dass der Arzt für den fordernden Patienten ein Partner ist, der ihm helfen soll, die Komplexität des jeweiligen medizinischen Sachverhalt zu verstehen, da der Patient derjenige ist, der mit den Konsequenzen der Entscheidung leben muss, gerade bei Fehlentscheidungen (Kap. 4.3.2). Daraus ergeben sich drei Handlungsstrategien des fordernden Patienten. Die Strategie des Hinterfragens, die Strategie des Informierens und die Strategie des Lösens in Eigenregie (Kap. 4.3.3). Aus diesen Strategien ergeben sich zwei Konsequenzen: Abbruch der Beziehung bei Nichterfüllung der Erwartungen und eine stabile Compliance bei Erfüllung der Erwartungen (Kap. 4.3.4). Weitere kommunikative Präferenzen werden im Kapitel 4.3.5 dargestellt, gefolgt von den kommunikativen Kompetenzen (Kap. 4.3.6).

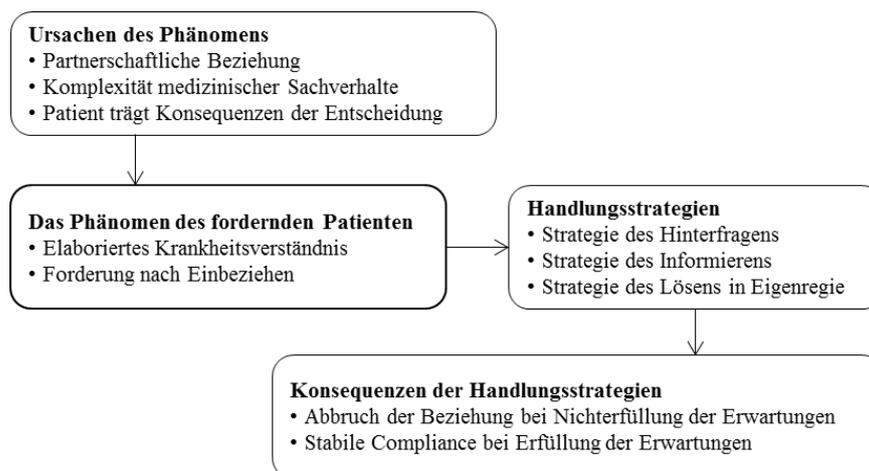


Abbildung 6: Paradigmatisches Modell des fordernden Patiententypus

4.3.1 Das Phänomen des fordernden Patienten

Der fordernde Patient hat ein **elaboriertes Krankheitsverständnis**, da er sich intensiv mit der Thematik seiner Erkrankung auseinandersetzt. Dies wird an den beiden Beispielen deutlich:

„Ich sollte wissen, was die Leber, was das Hirn macht und so weiter, was der Alkohol im Hirn macht, dass es eine Blut-Hirn-Schranke gibt und all solche Dinge. Oder mit dem Herzkreislaufsystem, dass eben bei Erregung der Blutdruck steigt, solche ganz simplen Sachen.“ (Hr. Laaten 72; 104).

„Und zwar geht es darum, dass ich seit etwa elf Jahren immer wieder eine Soorerkrankung der Speiseröhre habe. Und schon bei der Gastroskopie, als es das erste Mal aufgefallen ist/ Ich muss dazu sagen, ich werde jährlich gastroskopiert, weil ich ein Barrett-Syndrom habe. Das heißt einen Säureschaden im unteren Teil der Speiseröhre und das gilt als Präkanzerose [...].“ (Fr. Haarmann, 73; 7).

Diese beiden Zitate zeigen, dass sich die Patienten über das ärztlich Gespräch hinaus intensiv mit ihren Erkrankungen auseinander gesetzt haben. Dieses Krankheitsverständnis impliziert den Wunsch nach ausdifferenzierten Erklärungen vom Arzt, wie bei Herrn Laaten deutlich wird. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass der Arzt nicht nur die Erkrankung erklärt, sondern auch differenziert, was er vermutet und was explizit diagnostisch als sicher gilt. „So, er sollte also differenzieren nach Wissen, was ist Tatsache, was könnte als Tatsache bewertet werden und als Hypothese, was ist Hypothese.“ (Hr. Laaten, 90).

„Er sollte dabei einen Verdacht auch sagen, das ist ein Verdacht, das ist kein Befund, sondern das ist ein Verdacht.“ (Hr. Laaten, 72; 86). Der Arzt soll damit der Komplexität medizinischer Phänomene gerecht werden und Fragen des Patienten umfangreich beantworten. Hier liegt die Betonung der Krankheitstrias, wie im Kap. 5.1 schon beschrieben, auf einer umfassenden Aufklärung des Arztes, der dem Patienten die ganze Wahrheit, also alles sagt und erklärt: „Nein, ich wüsste auch nicht, warum ein Arzt drum herum reden sollte. Damit schone ich doch den Patienten nicht, der wird doch nicht geschont, wenn ich dem eine halbe Wahrheit oder ein bisschen von der Wahrheit erzähle. Entweder bin ich schwanger oder ich bin nicht schwanger. Und so kann das auch nur sein im Gespräch, so empfinde ich das und so möchte ich es auch haben.“ (Hr. Ubbing, 64). Da der fordernde Patient in den Prozess mit einbezogen werden möchte, ist eine umfassende Aufklärung notwendig. Ihm ist es wichtig, dass er aufgeklärt wird und nicht mit kurzen Diagnosen hantiert wird: „Also, zunächst mal sollte der Arzt auch die Meinung des Patienten erfragen. Er sollte ihm also nicht nur seine Diagnose vor den Kopf klatschen oder ihm den Befund mitgeben, sondern er sollte seine Meinung erfragen und was er verstanden hat daran und was er nicht verstanden hat.“ (Hr. Laaten, 86).

Der fordernde Patient übernimmt dadurch eine aktive Verantwortung für seine: „Naja, ich möchte eigentlich einbezogen werden und werde eigentlich auch. Und es ist ja immer wichtig, was bringt die Therapie oder was es ist erst mal für eine, was bringt die Therapie? Und was sind die Behandlungen, die gemacht werden müssen, um eigentlich den Gesundheitszustand wiederherzustellen oder zu verbessern? Das ist schon sehr wichtig, dass man dort als Patient mit einbezogen wird. Also nicht, dass man nur losrennt und das macht, was der Arzt sagt.“ (Hr. Ubbing, 61). Dies bringt die **Forderung nach Einbeziehen** zum Ausdruck. Dabei wird auch die Art der Zusammenarbeit ausgehandelt, so dass es für beide Parteien in Ordnung ist: „Ja, also das

sind auch Sachen, die ich mit dem Doktor ausgehandelt habe. Wo er hätte sagen können: Nein, du kommst jede Woche her. „Nein“, hat er gesagt, „ich gebe das in deine Hand“, wirklich so, fast wörtlich, „ich gebe es in deine Hand, du kontrollierst das jede Woche. Einmal im Monat machen wir das gemeinsam und dann/“ Und das, finde ich, das ist auch ein gutes Gespräch gewesen, muss ich sagen. Es war für mich positiv.“ (Hr. Ubbing, 66).

Ein weiterer Aspekt des elaborierten Krankheitsverständnisses ist ein kritischer Blick auf das Gesundheitssystem. Im besonderen Fokus stehen dabei die Krankenkassen. Auch hier findet sich der fordernde Patient nicht mit Entscheidungen ab, sondern sucht aktiv nach Lösungen:

„Die Krankenkasse hat gesagt, ja, wir/ Nein, die haben eigentlich gar nichts gesagt, die haben das einfach gestrichen, das Medikament. [...] Und die Ersatz-Medikation, das war dann ein griechisches, kostet wohl 40 Euro weniger /Okay./ im Quartal. Und das war scheinbar der Grund dafür, dass die Kasse/ Ich wollte erst mich bei der Kasse, naja, ich will mal so sagen, vielleicht nicht beschweren, aber doch kundtun, dass mir das nicht gepasst hat, was sie da gemacht haben. [...] Aber ich habe dann nachher gemerkt, es geht nicht und habe dann auch das Gespräch mit dem Doktor gesucht. Und dann ist das auch zu meiner Zufriedenheit geregelt worden.“ (Hr. Ubbing, 5).

Diese zunehmende Ökonomisierung der medizinischen Versorgung sieht der fordernde Patient kritisch. Besonderes Augenmerk hat er auf die Budgetierung der Medikamente: „Genau, und dass die Solidargemeinschaft nicht alles tragen kann. Aber es ist so, ich meine, das merken Sie ja auch im Bereich des Konsums, es ist so ein Run auf das Billige.“ (Fr. Haarmann, 85). Es ist ein schwieriges Verhältnis, den Bedürfnissen des Einzelnen und der Solidargemeinschaft im Ganzen gerecht zu werden. Der fordernde Patient sieht dieses Verhältnis kritisch und wünscht sich einen verantwortungsvollen Umgang mit den Mitteln der Solidargemeinschaft, da diese nicht alles tragen kann. Neben ökonomischen Aspekten spielen für ihn auch strukturelle Barrieren eine Rolle. Die Medikamentenbeschaffung wird von fordernden Patienten als beschwerlich wahrgenommen. Hier wünscht sich der fordernde Patient, dass Rezepte für chronische Erkrankungen ohne Wartezeit ausgehändigt werden.

„Und wenn es eine Dreiviertelstunde ist bloß für das Rezept, dann sage ich mir, warum? [...] Aber das stört mich.“ (Hr. Cadena, 74; 41).

Gleichzeitig agiert der fordernde Patient ressourcenorientiert und überlegt sich, ob er die Kraft und die Möglichkeit hat, Dinge nach seinen Bedürfnissen zu gestalten oder ob er besser Missstände akzeptiert.

„Ich habe das nur jetzt von Sicht der Krankenkasse gesehen, dass die nicht so lange zahlen wollten. /Ah okay./ Und ja, ja, ach so, ja und mein Arzt, der musste sich ja auch noch rechtfertigen, ja, bei der Krankenkasse. Ich war auf die Krankenkasse ein bisschen wütend, aber

(seufzt) da habe ich keinen Einfluss darüber, mit der Krankenkasse mich da anzulegen. So einen langen Arm habe ich da nicht.“ (Fr. Sachs, 51).

4.3.2 Ursachen des Phänomens

Der fordernde Patient konstatiert, dass er einen privilegierten Zugang zu seinem Körper hat und in diesem Sinn Experte ist. „Nicht der Arzt sagt mir, wie es mir geht, sondern ich weiß, wie es mir geht. Und er soll mir helfen, das zu verbessern.“ (Hr. Laaten, 72; 104). Hier wird zum einen die Motivation des fordernden Patienten deutlich, dass eigene Wohlbefinden zu erhalten oder wiederherzustellen, und zum anderen, dass er Verantwortung übernimmt, dieses zu erreichen. Um dieses umsetzen zu können ist eine symmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient Grundvoraussetzung. Die **partnerschaftliche Beziehung** ist dabei Ausdruck des Äquilibriums zwischen dem Fachwissen des Arztes auf der einen Seite und dem privilegiertem Zugang des Patienten zu seiner Körperwahrnehmung auf der anderen. „Nicht den Arzt als Autorität ansehen, sondern als Fachmann, den ich fragen kann.“ (Hr. Laaten, 72; 104). Um wahrhaftig partnerschaftlich mit dem Arzt interagieren zu können ist eine Grundvoraussetzung notwendig:

Der Patient ist Experte für sein eigenes Wohlbefinden und der Arzt soll den Patienten ganzheitlich, humanistisch beraten. „Er muss selber Mensch sein, ja. Und wenn der, ich sage mal, [...] mit einem entsprechenden Hintergrund, humanistisch oder wie man das alles bezeichnen soll, dann ist das schon eine wesentliche Voraussetzung, dass der Arzt auf die Patienten angemessen zugehen kann. So ist es.“ (Hr. Cadena, 74; 51). Diese beiden Prämissen implizieren eine symmetrische Beziehung [2], die der fordernde Patient explizit präferiert, indem er ein partnerschaftliches Verhältnis zum Arzt verlangt: „Er ist genauso ein Mitglied dieser Gesellschaft, nicht höher gestellt und nicht niedriger gestellt wie wir alle.“ (Hr. Laaten, 72; 100).

Der fordernde Patient verlangt dabei in den therapeutischen Prozess mit einbezogen zu werden und eine gemeinsame Lösungssuche zu praktizieren:

„Also ich brauche das Partnerschaftliche. Also der Arzt ist für mich nicht mehr, wie es vielleicht früher war, der weiße Gott, sondern er ist Partner für mich und gemeinsam suchen wir eine Lösung.“ (Hr. Cadena, 74; 18).

Der fordernde Patient sieht es sehr kritisch, wenn er nicht mit eingebunden wird. „Auf jeden Fall war es so, dass man eine vorgefasste Meinung hatte und die Meinung des Patienten zählte gar nicht, die interessierte also nicht.“ (Hr. Laaten, 74). Stattdessen soll der Patient aktive mit einbezogen werden: „Also, zunächst mal sollte der Arzt auch die Meinung des Patienten erfragen. [...] Und der Arzt sollte natürlich bereit sein, auch das zu erklären und nicht sagen, das steht doch da, ja?“ (Hr. Laaten, 86). Die Aufklärungsfunktion des Arztes ist sehr wichtig, denn der Patient muss alle Entscheidungen treffen und verantworten: „Denn letzten Endes muss der

Patient entscheiden, was gemacht wird. Diese Entscheidung muss er ihm nicht abnehmen, sondern da sollte er ihm helfen dabei, aber qualifiziert, nicht überreden und nicht über Druck.“ (Hr. Laaten, 72; 98). Es ist die Aufgabe des Arztes, den Patienten so aufzuklären, dass er auch alles verstanden hat. Hieraus ergibt sich die Präferenz der Offenheit (siehe Kap. 5.3.5). Der Arzt wird als Fachmann gesehen, um die eigene Gesundheit wiederherzustellen oder zu bessern. Der Patient ist Fachmann für sein eigenes Befinden, Fachmann für die alltägliche Umsetzung und er ist auch derjenige, der alleinig hinter der Entscheidung welche therapeutischen Maßnahmen umgesetzt werden stehen muss, bzw. die **Konsequenzen der Entscheidung tragen muss**, da in den seltensten Fällen eine Behandlung keine Nebenwirkungen oder Risiken birgt. „Ich muss hinter der Entscheidung stehen, nicht er. Für ihn ist das abgehakt! Ich muss damit leben, mit dem Ergebnis.“ (Hr. Laaten, 72; 55).

Der fordernde Patient hat dafür Verständnis, dass der Arzt nicht alles weiß und immer Lösungen parat hat. „[...] [D]ass der Arzt auch nicht alles weiß, habe dafür volles Verständnis, dass er dann auch noch nachguckt oder sich belesen muss.“ (Hr. Cadena, 74; Abs. 18). Dem fordernden Patienten ist die **Komplexität medizinischer Sachverhalte** bewusst. Weil dies so ist, soll der Arzt dieser Komplexität Rechnung tragen, indem gesichertes Wissen von unsicherem Wissen bzw. von einem Verdacht differenziert und kenntlich gemacht wird: „Er sollte auch einen Verdacht begründen, so wie ich das bei dem Befund da hinten an der Lunge vorhin erzählt habe. Er sollte dabei einen Verdacht auch sagen, das ist ein Verdacht, das ist kein Befund, sondern das ist ein Verdacht.“ (Hr. Laaten, 72; Abs. 86). Für den fordernden Patienten ist diese Unterscheidung sehr wichtig. Ein Verdacht des Arztes, sollte er als einen Verdacht explizit kennzeichnen und er sollte auch die Risiken angeben, damit der Patient weiß, worauf er sich einlässt.

„Und der Verdacht, der sage mal, hat folgende Konsequenzen. Es könnte sein, dass etwas Schlimmes kommt, aber es kann auch ganz harmlos sein. Das muss man aber abklären. Und oder aber wir können es nicht abklären, wir können es nur ausprobieren, denn manche Dinge kann man nicht ausprobieren, kann man nicht endgültig klären. Da muss, wie heißt es so schön, gute Praxis, das muss die gute Praxis beweisen. Aber das muss er dem Patienten auch beibringen, dass das ein Verdacht ist und nicht auftreten als: Ich habe die Weisheit gepachtet. Ich weiß, wie es geht.“ (Hr. Laaten, 72; 86).

Für Herrn Laaten hängt dies stark mit der Wahrnehmung der Ärzte in der Gesellschaft zusammen.

„Nehmen Sie die Diskussion über medizinische Dinge in den Medien. Ärzte werden immer mit Samthandschuhen an/ Die werden nicht infrage gestellt, sondern die sagen ihre Meinung und die gilt und da gibt es nichts anderes. Nein, das ist nicht richtig. Das sind Fachleute und wenn Wissenschaftler eine Hypothese aufstellen, dann streiten sie untereinander, aber haben

Respekt voreinander. Das hat doch nichts mit Herabwürdigen zu tun, die Dinge infrage zu stellen, ja?“ (Hr. Laaten, 86).

Aufgrund der Komplexität der medizinischen Phänomene ist es eine Notwendigkeit, dass Hypothesen geäußert und diese respektvoll diskutiert und infrage gestellt werden (s. Kap. 4.3.3).

4.3.3 Handlungsstrategien

Daraus ergeben sich drei unterschiedliche Handlungsstrategien. Die Strategie des Hinterfragens, das bedeutet, dass die Aussagen des Arztes infrage gestellt und überprüft werden. Die Strategie des Informierens, was bedeutet, dass der fordernde Patient selbstständig Informationen zu seiner Erkrankung einholt, und die Strategie des Lösens in Eigenregie, was bedeutet, dass er die Anweisungen des Arztes an seine Lebensumstände adaptiert.

Strategie des Hinterfragens

Eine Strategie des fordernden Patienten ist die des Hinterfragens der Aussagen der Ärzte. Er möchte wissen, welche Vor- oder Nachteile ein Medikament hat. „Ich hinterfrage auch, wenn er mir was verschreibt. Ich frage: "Wogegen ist denn das oder was wird damit bezweckt mit diesem Medikament?““ (Hr. Cadena, 24). Diese Haltung ist für den fordernden Patienten selbstverständlich: „Ich frage nach, ich habe da kein Drücken. Ja, also kann sein, dass der manchmal mit einem Fachbegriff kommt, sage ich, was ist denn das? Also mal konkret, damit ich es verstehe. Ich muss es ja wissen, worum es geht. Nein, und da habe ich an und für sich, ich halte dann nicht hinter dem Berg. Wenn ich irgendwas nicht verstehe, dann frage ich, wie ist das gemeint?“ (Hr. Abelmann, 77). Das Verstehen ist zentral für den fordernden Patienten.

Strategie des Informierens

Eine weitere Strategie des fordernden Patienten ist die Strategie des Informierens. Um die medizinischen Sachverhalte verstehen zu können, holt der fordernde Patient selbstständig Informationen ein und nutzt diese als Vorbereitung des ärztlichen Gesprächs: „[...] ich gehe vorher ins Internet und belese mich ein bisschen und dann frage ich zielgerichtet.“ (Hr. Cadena, 74; 18). Dieses Wissen nutzt der fordernde Patient um durch gezielt Fragen, das Gespräch mit dem Arzt nach seinen Bedürfnissen zu gestalten. Das beinhaltet aber auch das Organisieren der eigenen medizinischen Unterlagen, wie einen histologischen Befund auch gegen den möglichen Widerstand der Ärzte, und das Nachschlagen der Fachbegriffe, um den Sachverhalt zu verstehen. „Ach so, dann habe ich noch meinen histologischen Befund geholt auch aus der Klinik, auch nach großen Mühen, dreimal Anlauf und immer nicht da und nicht fertig. Und man hatte also Mühe, mir das bereitzustellen. Reingeguckt, habe mir also dann die Mühe gemacht, das in normales Deutsch zu übersetzen.“ (Hr. Laaten, 48).

Strategie des Lösens in Eigenregie

Eine weitere Strategie die den fordernden Patienten auszeichnet, ist die Strategie des Lösens in Eigenregie. Durch das elaborierte Krankheitsverständnis und das Einholen von Informationen adaptiert der fordernde Patient die Therapie selbstständig an seine Lebensumstände bzw. das aktuelle Befinden. Das kann zur Verweigerung therapeutischer Maßnahmen führen:

Fr. Sachs: „Bei dem Orthopäden bin ich jetzt auch erst kurz und der hat mir jetzt Einlagen verordnet, aber mit den Einlagen, da tut sich gar nichts. Da tut der Fuß von unten weh. Habe ich die Einlagen, dann muss ich ja auch in den Schuh noch rein, dann tut der Spann von oben weh, die Zehen quer rüber und dass ich dann immer hinken muss. Und das möchte ich vermeiden, nicht dass sich das mal auf die Hüfte auswirkt. Ja.

Interviewer: Und das heißt, benutzen Sie die Einlagen, die Ihnen dann verschrieben wurden?
Also ich sehe schon Ihrem Blick an, eher nicht. (lacht)

Fr. Sachs: Weil es wirklich nicht hilft, es wird auch nicht besser, ja.“ (18-20)

Aber auch Defizite in der Versorgung werden aktiv kompensiert: „Also wir haben schon dafür gesorgt, der hat keinerlei Physiotherapie. Wir sind mit ihm gelaufen, wir sind mit ihm Treppen gestiegen, ich habe ihm aus meiner Gymnastik Hanteln mitgebracht. Und der Arzt war nachher hocheifrig, in welchem gutem Zustand er nach zehn Wochen war, aber da konnte das Krankenhaus nichts dafür.“ (Fr. Maas, 68). Da das Krankenhaus keine Physiotherapie organisiert hatte, wurden einfach selbst physiotherapeutische Maßnahmen nach einer Operation.

Krankheitsschüben einer bekannten chronischen Erkrankung löst der fordernde Patient in Eigenregie und teilt es seinem behandelnden Arzt lediglich retrospektiv mit. „[...] Morbus Crohn Patientin war ich jetzt lange nicht, weil ich hatte zwei Schübe, die habe ich ja mit mir selber abgehandelt, weil ich weiß nach so langer Zeit, was ich kann. Das schreibe ich dann auf und im Nachhinein werden dann auch mal die Werte, kontrolliert. Der Arzt nimmt das zur Kenntnis.“ (Fr. Oberfeld, 56).

4.3.4 Konsequenzen der Handlungsstrategien

Der fordernde Patient betrachtet das Verhalten des Arztes kritisch und hinterfragt ihn (s. Kap. 4.3.3). Nichtsdestotrotz ist Vertrauen auch für den fordernden Patienten eine notwendige Bedingung für die A-P-B. Jedoch reagiert der fordernde Patient mit **Abbruch der Beziehung bei Nichterfüllung der Erwartungen**: „Ja, ich hatte jetzt vor kurzem eine Urologin, ja, die war dermaßen chaotisch und blöd, da bin ich einfach wieder weggegangen. Ich denke Arzt-Patient ist immer irgendein Verhältnis, was da sich entspinnt.“ (Fr. Iburg, 74; 80). Wenn Ver-

trauen nicht vorhanden ist, wird die Beziehung beendet. Da es sich um ein reines Arbeitsbündnis handelt wird die Beziehung zum Arzt relativ schnell gekündigt. „Und ich erwarte vom Arzt, dass er meine Fragen beantwortet. Wenn er das nicht macht, war ich sein Patient, wenn er nicht bereit ist, so konsequent bin ich da.“ (Hr. Laaten, 72; 55). Diese Konsequenz geht so weit, dass auch wenn in einer Klinik nicht erwünschte Erfahrungen gemacht werden, diese gemieden wird.

„Das war nur an dem Abend und ansonsten, die waren ja kaum drin, ja? Wenn die Visite machen, das dauert fünf Minuten. "Gibt es was? Haben Sie ein Problem?" Blutdruck messen, Blutdruck messen. "Der gefällt uns nicht." Ich sage: "Mir auch nicht." Ja? Ja, was soll ich denn machen? (lacht) /Ja./ Nein, also das hat sich nicht wirklich/ Und ich fahre mit Sicherheit auch in diese Klinik nicht wieder, ja.“ (Fr. Oberfeld, 63; 35).

Auch wenn nur einzelne Ärzte in einer Klinik nicht gut bzw. nicht zufriedenstellend sind, so wird dennoch die gesamte Klinik gemieden. Es wird nicht differenziert. Dies kann als ein konsequenter Schnitt betrachtet werden, diesem Haus seine Gesundheit nicht mehr anzuvertrauen. Da Vertrauen die Basis für die Behandlung ist, wird die Behandlung bei nicht Erfüllung der Erwartungen abgebrochen und hat als logische Konsequenz des fordernden Patienten sogar ein Meiden der Klinik zur Folge. Vertrauen gibt es beim fordernden Patienten nicht im Voraus, sondern muss aktiv gestaltet werden:

„Ja, ich würde sagen, desto länger man einen Arzt kennt und zu dem in die Behandlung geht, steigt das Vertrauensverhältnis noch mehr. Ja und auch der Umgang mit einem. Man weiß, wie muss man den Arzt behandeln, über was kann man mit ihm sprechen, über was nicht und was braucht man gar nicht so erwähnen. Ja, aber es ist eigentlich immer besser geworden.“ (Hr. Ubbing, 53).

Der fordernde Patient differenziert, mit welchem Arzt er über welche Themen sprechen kann und wie man den jeweiligen Arzt behandeln muss. Er gestaltet auch damit aktiv die Interaktion mit dem Arzt.

Eine weitere Konsequenz ist eine **stabile Compliance bei Erfüllung der Erwartungen**. „Da bin ich ein willfähiges Menschenkind, ich mache alles mit. Wenn ich es verstanden habe, mache ich es mit. [...] Nein, das mache ich wirklich ohne, (räuspert sich) ohne Widerspruch. Es muss allerdings geklärt sein, man muss darüber gesprochen haben.“ (Hr. Ubbing, 74-78). Der fordernde Patient kommuniziert offen über sein Verhalten und vertritt gegenüber dem Arzt seine Entscheidungen, auch wenn sie zu den Empfehlungen des Arztes in Widerspruch stehen sollten. Wenn der fordernde Patient verstanden hat, warum die therapeutische Maßnahme umgesetzt werden soll, dann tut er dies. Er hat aber auch keine Probleme dem Arzt mitzuteilen, wenn er seinen Empfehlungen nicht mehr folgt. „Und naja, wenn ich das einsehe, dann nehme ich das Medikament. Weil ich das vorhin sagte, beim Kardiologen, die Blutfettwerte blieben hoch, obwohl ich die Tabletten nehme. Und da fragt er dann:

„Naja“, sagt er, „Herr Cadena, Sie haben so und so viele Tabletten zu nehmen. Nehmen Sie die auch oder sagen Sie sich, die viele Chemie, ich lasse sie weg?“ Ich sage: „Nein, Herr Doktor, die nehme ich.“, sage ich, „ich könnte Ihnen/“ Der Arzt will ja wissen, schwindelt der Patient oder, ja? Ich sage das dann auch ehrlich und würde dann auch keine Scheu haben zu sagen: "Nein, ich nehme die Tabletten nicht mehr."“ (Hr. Cadena 74; 24).

4.3.5 Weitere spezifische Präferenzen des fordernden Patienten

In diesem Abschnitt werden weitere Aspekte der zweiten Forschungsfrage „Welche kommunikativen Präferenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?“ beantwortet.

Zunächst präferiert der fordernde Patient eine **Offenheit** des Arztes. Diese Offenheit hat vier Dimensionen. Da wäre als **erste Dimension** eine klare und offene Sprache, die es dem Patienten erleichtert die Informationen aufzunehmen.

„(...) Hm. (...) Ja, auch die Deutlichkeit, die Ehrlichkeit jetzt, ja? Dass er eben auch sagt, das ist hier nicht. Oder dass er eben auch sagt: "Ja, heute, tut mir leid, Sie müssen jetzt einfach mal an sich denken. Wenn Sie noch mal umklappen, dann kann ich Ihnen auch nicht weiter helfen." Ja, also mal auch so deutlich sagen: "Wenn Sie nicht mitspielen, naja, dann können Sie vor der Tür bleiben." Also auch so die Ehrlichkeit, ja? Oder das und das oder wollen Sie das? Und schauen Sie mal hier. Also, auch diese Aufklärung bis ins Letzte, ja? [...] Ja, so stelle ich mir das im Endeffekt dann auch vor. Und das habe ich auch deutlich gesagt: "Also, wir reden bitte offen miteinander." Und da kann ich also auch mal was wegstecken, ja, wenn er jetzt sagt: "Nein, also, wenn Sie hier meckernd kommen oder verschieben dauernd, was soll denn das werden? Dann kommen Sie mit Blaulicht an.", ja? (lacht)“ (Fr. Oberfeld, Abs. 58-59).

Dabei erachtet der fordernde Patient es als wichtig, dass der Arzt nicht nur Konsequenzen andeutet, sondern explizit und eindeutig formuliert „Dann kommen die mit Blaulicht an“. Dies gilt auch für unangenehme Nachrichten, die nicht besonders schonend verpackt werden sollen. Die Formulierungen des Arztes sollen unmissverständlich sein und es sollen keine Details ausgelassen werden. Diese Offenheit wird aktiv eingefordert: „Also, wir reden bitte offen miteinander“. Die **zweite Dimension** betrifft den Umfang der Aufklärung bzw. Erklärungen. Dem fordernden Patienten sind detaillierte und umfassende Aufklärungsgespräche sehr wichtig: „Nein, wenn ich was, auch wenn mal so eine OP oder so was ansteht, irgendeine Schnipselei oder was, ja, das will ich vorher alles wissen.“ (Hr. Abelmann, 83). Dies beinhaltet auch, dass prinzipiell vom Arzt und von Patienten alle Themen angesprochen werden können. Auch dass der Arzt sich die nötige Zeit nimmt, ist diesem Patienten sehr wichtig: „Da bin ich schon Jahrzehnte muss ich sagen. Und die nimmt sich sehr viel Zeit. Und wir tun alles durchhecheln oder besprechen, was

sein könnte und darf und möchte und was ich möchte.“ (Fr. Dahmann, 24). Da medizinische Probleme komplex sind, gibt es häufig unterschiedliche Interpretation. Wenn es in diesem Zusammenhang Zweifel an der Eindeutigkeit der Diagnose gibt, dann ist es aus Sicht des fordernden Patienten die Aufgabe des Arztes, diese zum Ausdruck zu bringen. Herr Laaten bringt als Beispiel eine bei ihm diagnostizierte Polyneuropathie:

„Da habe ich an den Ergebnissen meine Zweifel, weil man zwar feststellt, es ist eindeutig eine Polyneuropathie, aber die Nervenleitwerte weichen von normalen fünf Prozent ab. Also, gemessen wurde 38, 39 Meter pro Sekunde und 40, 41 Meter pro Sekunde, 42 werden als normal bezeichnet. Da kann ich keine relevante Größenordnung feststellen, verstehen Sie? /Mhm./ Und wer dann darauf besteht und nicht die alternative Möglichkeit ins Auge fasst und also an der Wahrhaftigkeit dieser Diagnose seine Zweifel dokumentiert, der ist für mich schon nicht mehr glaubwürdig als Arzt. Verstehen Sie?“ (Hr. Laaten, 20).

Herr Laaten nimmt eine selbstständige Risikobewertung vor: „Wenn ich jetzt Pillen nehme, ich weiß nicht, unter anderem auch Lipobay, was ich damals verschrieben kriegt. Sie wissen, was Lipobay ist? /Nein./ Ist ein Medikament von Bayer, wo sie viel Strafe zahlen mussten, weil es krebserregend ist. Ja, wenn ich 20 Jahre das Zeug nehme, wer weiß, was dann passiert? (I räuspert sich) Ich nehme es 25 Jahre nicht und es nichts passiert. Also, bis jetzt war die Entscheidung richtig. Wissen Sie, was er gesagt hat? "Herr Laaten, das würde ich genauso machen." (I lacht) Da ist meine Frage, warum hat der Arzt nicht den Mut seine Meinung offenzulegen?“ (Hr. Laaten, Abs. 80). Der fordernde Patient erwartet vom Arzt, dass die Risiken alle offen kommuniziert werden, da der Patient mit den Konsequenzen der Therapie leben muss: „Ich muss hinter der Entscheidung stehen, nicht er. Für ihn ist das abgehakt! Ich muss damit leben, mit dem Ergebnis.“ (Hr. Laaten, Abs. 55).

Damit ist die **dritte Dimension** angeschnitten, die schon in Kapitel 4.3.1 angesprochene Differenzierung zwischen Verdacht und Fakt. Den fordernden Patienten interessiert es, wie der Arzt zu dem Schluss kommt, da es nicht ganz eindeutig ist, wenn es sich noch um einen Verdacht handelt. „Er sollte auch einen Verdacht begründen, so wie ich das bei dem Befund da hinten an der Lunge vorhin erzählt habe. Er sollte dabei einen Verdacht auch sagen, das ist ein Verdacht, das ist kein Befund, sondern das ist ein Verdacht.“ (Hr. Laaten, Abs. 86). Hier wird deutlich, dass der fordernde Patient ein elaboriertes Krankheitsverständnis besitzt, welches ihm ermöglicht bei Entscheidungen zu partizipieren. Dabei wird gefordert, dass der Arzt zwischen gesichertem Wissen und Annahmen bzw. Hypothesen unterscheidet:

„Natürlich. So, aber so ist es heute, ja? So, er sollte also differenzieren nach Wissen, was ist Tatsache, was könnte als Tatsache bewertet werden und als Hypothese, was ist Hypothese. Und Hypothese ist entweder eine Annahme oder es ist ein Denkmodell, um die Dinge zu

verstehen, mehr nicht! Es kann auch ganz anders sein, wenn wir weiter forschen, dann könnte man auch darauf kommen, dass das anders ist. Gut.“ (Hr. Laaten, Abs. 90).

Dabei stellt es kein Problem dar, wenn sich Annahmen nicht bewahrheiten und wieder verworfen werden. Genauso wie bei der Diagnose, so möchte der fordernde Patient auch bei therapeutischen Maßnahmen genau aufgeklärt werden: „Das Nächste, was ich für notwendig erachte, ist, dass man dann die eingeleiteten Maßnahmen auch dem Patienten klar macht, was ist Chance, was ist Risiko und was ist gute Praxis, also was hat sich bewährt.“ (Hr. Laaten, Abs. 90) Der Arzt nimmt hier die Rolle des Informationsdienstleisters ein, indem er den Patienten mit den nötigen Informationen versorgt, die er braucht um eine Entscheidung zu treffen oder die empfohlene Entscheidung des Arztes mit zu tragen. Auch differenziert der fordernde Patient die Informationen: Welche Chancen birgt die Therapien im Verhältnis zu den Risiken und welche Therapie hat sich in der Praxis bewährt, impliziert dass der fordernde Patient sehr genau abwägt bei der Therapieentscheidung. Chance und Risiko eines jeden Medikaments, bzw. Therapie soll umfassend dargestellt werden. Die **vierte Dimension der Offenheit** ist, dass aus Sicht des fordernden Patienten der Arzt seine eigene Meinung offenlegen soll.

„Diese Aufklärung hat mir mein Augenarzt gegeben. Insofern ich habe einen Augenarzt, mit dem ich also auch über diese Dinge reden kann, der mir auch gesagt hat: "Geh in die Klinik und nicht in die. Mit denen habe ich gute Erfahrungen, mit denen habe ich weniger gute Erfahrungen und so weiter." Das sollte auch ein Arzt sich getrauen, ein Urteil über Kollegen abzugeben. Also, nicht im Sinne von verurteilen, sondern eine Meinung haben, die er auch als seine Meinung kennzeichnet, also nicht als absolut, aber als seine Meinung kennzeichnet und wie er sich verhalten würde.“ (Hr. Laaten, 53).

Dass sich der Arzt positioniert, ist für den fordernden Patienten wichtig, da er derjenige ist, der schlussendlich mit den Konsequenzen der Entscheidungen leben muss. Dabei soll der Arzt seinen Patienten durchaus zutrauen, dass diese mit den jeweiligen Informationen mündig umgehen können, und er soll somit seinen Patienten immer die vollständige Wahrheit sagen.

„Ja und der Arzt sollte also durchaus seinem Patienten auch zumuten, dass er die Wahrheit verträgt. Die ist zwar oft unpopulär, zu sagen: Lieber Mann oder liebe Frau, an 50 Prozent Ihrer Krankheit oder Ihrer Probleme sind Sie selber dran schuld. Ich würde Ihnen das und das empfehlen, aber ich kann Sie natürlich nicht dazu zwingen. Ich gewähre Ihnen trotzdem die medikamentöse oder sonstige Hilfe, aber ich würde es für besser halten, wenn Sie das und das machen würden. (...) Das sollte er ihm zumuten, dem Patienten oder der Patientin.“ (Hr. Laaten, 98).

Dies inkludiert auch, dass bestimmte Diagnosen nur auf Verdacht beruhen und nicht auf Tatsachen. Je ernster die Themen, umso wichtiger ist es für den fordernden Patienten, dass der Arzt

die Wahrheit sagt. „[...] wenn es um ernsthaftere Sachen geht, dann wünsche ich mir, dass die Ärzte einem die Wahrheit sagen, was kommt auf mich zu, ja“ (Hr. Jäckel, 37).

Als nächstes präferiert der fordernde Patient, dass der Arzt die **Anliegen des Patienten alle zu seiner Zufriedenheit abarbeitet**. „Dass er auf meine Fragen und Probleme eingeht.“ (Fr. Haarmann, 49). Auch bei der Bearbeitung der Anliegen, wünscht sich der fordernde Patient eine umfangreiche Aufklärung: „Und dann haben die so praktisch gesagt: Eigentlich wollen die Patienten das nicht wissen. Das wäre ihnen neu, dass das jemanden interessiert.“ (Fr. Maas, 68). Dies wird auch gegen den Widerstand der Ärzte durchgesetzt „das wäre ihnen neu“. Auch führt die anfängliche Nicht-Erfüllung dieser Erwartung zu einem Unverständnis auf Seiten der Patientin. Wenn die Aufklärung durch den behandelnden Arzt nicht umfangreich genug ist, reagiert der fordernde Patient mit Rückzug:

Hr. Ubbing: „Eigentlich müsste das ein Arzt selber wissen, wenn der Patient reinkommt, dass man ihm auch das alles erklärt in seiner Muttersprache, in Deutsch oder wie man es versteht.“

Interviewer: Und wie gehen Sie damit um? Wenn Sie sagen, ich habe irgendwann keine Lust mehr nachzufragen, was machen Sie dann?

Hr. Ubbing: Ja, da hört man einfach auf und sagt, naja, die Untersuchung ist abgeschlossen. Ich habe im Groben verstanden, was er gesagt hat und was ich machen muss. Und eventuell das, sagen wir mal, abklären mit Tabletten oder irgendwie was. Und dann ist das auch schon mal so, nimmt man das schon mal so hin.“ (29-31)

In solchen Fällen zieht sich der fordernde Patient zurück und „nimmt es so hin“. Dieses Hinnehmen mündet dann schnell in einem Abbruch der Beziehung (s. Kap. 4.3.4).

In Entscheidungsprozesse möchte der fordernde Patient eingebunden werden. „Wir haben Verschiedenes erörtert gemeinsam und sind dann zu dem Schluss gekommen, erst mal zuzuwarten.“ (Fr. Haarmann, 5) Dabei sollte der Arzt die Meinung des Patienten berücksichtigen und einbeziehen. „Er sollte ihm also nicht nur seine Diagnose vor den Kopf klatschen oder ihm den Befund mitgeben, sondern er sollte seine Meinung erfragen“ (Hr. Laaten, 86).

Unterschiedliche Aspekte der **Beziehungsgestaltung** sind für den fordernden Patienten sehr wichtig. Die Gespräche sollen in einer ruhigen und angenehmen Atmosphäre stattfinden. Der Arzt sollte nicht im fliegenden Wechsel durch die Behandlungszimmer rauschen. „Was ich eben auch gut finde bei Ärzten, manche Ärzte haben mehrere Behandlungszimmer. Da kommt es einem immer so vor, als wenn er dort in fliegendem Wechsel diese Zimmer durchrennt. Ja, was beim Herrn Schmidt nicht so ist. Er hat ein Behandlungszimmer und da geht es eigentlich problemlos. Ja. (...)“ (Hr. Ubbing, 55). Dass Patienten in unterschiedlichen Behandlungszimmern

warten und behandelt werden, wird als unruhig wahrgenommen. Hier äußert der fordernde Patient die Präferenz, dass nacheinander die Behandlung in einem Zimmer stattfindet. Eine weitere Präferenz ist, dass der Arzt direkt mit dem Patienten sprechen soll. Eine Missachtung dieser Grundvoraussetzung zieht u. U. einen Abbruch der Beziehung nach sich. Ein sehr eindrückliches Beispiel hat Frau Maas erzählt:

Fr. Maas: „Also, ich hatte jetzt zum Beispiel/ Ich habe den Gastroenterologen mal gewechselt vor ein paar Jahren, weil der, den ich hatte, ein Sprachprogramm in seinem Computer hat und ich immer gedacht habe, der spricht mit mir, aber in Wirklichkeit hat der mit seinem Computer gesprochen. Und das habe ich irgendwie nicht gut ausgehalten. Da habe ich den gewechselt, innerhalb der Praxis ging das, habe ich das geändert.“

Interviewer: Das heißt, wie kann ich mir das vorstellen? Sie saßen/

Fr. Maas: Ich saß ihm gegenüber. Er hatte da den Bildschirm /Ja./ und nach, zum Beispiel nach einer Darmspiegelung die Besprechung, was dabei rausgekommen ist oder auch in akuten Phasen eben durchaus und er hat also geredet und so mit einem Auge zu mir, einem auf den Bildschirm. Und ich dachte, er spricht mich an, bis ich dann gemerkt habe, es kam/ Man merkt das ja, ob da eine Verbindung besteht und er hat also eigentlich das seinem Computer diktiert. /Okay./ Und das fand ich also bei so einer Darmspiegelung und wenn man eh krank ist, möchte man eigentlich angeredet werden.“ (12-14)

Dies ist auch der Fall, wenn der Arzt nicht ausreichend auf die Fragen des Patienten eingeht. „Noch mal auf den anderen [einen Arzt] (lachend) zurückzukommen, habe ich ihm auch mal eine Frage gestellt: "Nein, nein, das müssen Sie vergessen." Ja, das geht nicht. (Fr. Iburg, 53).

Der fordernde Patient reflektiert seine Situation und formuliert entsprechend seiner Bedürfnisse seine Präferenzen. Frau Maas nimmt sich selbst „als beladen wahr“, da man durch die Lebenserfahrung schon einiges erlebt hat. „Ich passe auf, dass ich Fakten erst mal bringe, aber das bringt es mit sich, dass man noch nicht sehr lange alleine lebt und auch ziemlich beladen ist, dass das dann dort doch irgendwie bisschen ins Persönliche abschweift.“ (Fr. Maas, 3). Dies äußert sich in dem Bedürfnis über bestimmte private Themen zu sprechen, da diese für die Betroffenen relevant sind. Deshalb sollte sich der Arzt aus Sicht des fordernden Patienten auch immer nach dem privaten Umfeld erkundigen. „Besonders gute? Hm, eigentlich, naja, gut, wie gesagt, der erste Orthopäde, also der hat sich auch schon mal eben nach dem häuslichen Umfeld erkundigt, um sich so ein Bild machen zu können, ja. Naja, gut, und bei meiner Hausärztin, die kennt unser häusliches Umfeld sowieso, dadurch dass wir schon 30 Jahre lang zusammen turnen.“ (Fr. Iburg, 45). Frau Iburg schätzt die Wirkung von Gesprächen als sehr hoch ein: „Und hat eben

immer (bläst Luft aus) beruhigend auf mich eingewirkt und durchs Gespräch. Und das fand ich eigentlich ganz gut. (...) Denn selber wäre man ja sicherlich nie auf die Idee gekommen ja. (...) Naja, ein Gespräch löst manche Probleme.“ (Fr. Iburg, 55). Besonders wenn es um emotionale Unterstützung geht und Gefühle angesprochen werden.

Dabei sollte der Arzt einen freundlichen und netten Umgang mit den Patienten und auch mit seinem Personal wahren. „Also, der hat das alles niedergemacht und dann seine Launen eben, wie gesagt, auch an den Schwestern ausgelassen. So einen barschen Ton immer, wenn er, so wie so Befehlston. Und ich meine, das gehört sich nicht.“ (Fr. Iburg, 27). Dabei spielt die Begrüßung eine wichtige Rolle für das ärztliche Gespräch: „Ja, wie er eben schon auf den Patienten zugeht. Ob es bloß so: Ja, guten Tag oder so ist oder/ Es muss nicht immer ein Handschlag sein, aber so die ganze Art, wie er eben den Patienten empfängt und auf ihn zugeht und sich erkundigt: "Wie ist Ihr Befinden?" (Fr. Iburg, 51).

Eine wichtige Präferenz für den fordernden Patienten ist Unterstützen und Mut machen: „Ja, und dann kommt dazu, also ich habe ja auch sehr oft im Krankenhaus gelegen, die Patienten, die so weinerlich sind und so. Also, die schaffen oft ihre Krankheit nicht. Ich meine, sie können vielleicht nichts dafür, ihnen geht es sicher schlechter als mir, aber man muss eben auch ein bisschen Mut haben. Und das ist eben wichtig, dass die Ärzte dann auch das ein bisschen in einem Gespräch ausdrücken: „Sie schaffen das schon und so schlimm ist es doch nicht.“ Und einem Mut machen. (...) Denn der Lebensmut ist ja immer wichtig.“ (Fr. Fahle, 64).

Die Asymmetrie der A-P-B drückt sich für die fordernden Patienten auch in der Gestaltung des Settings aus. „Wenn Sie/ In vielen Praxen ist es so, der Arzt sitzt hinter dem dicken Schreibtisch und der Patientenstuhl steht nicht davor oder wenn er davor steht, ist es also kein Sessel, sondern es ist ein Hocker oder ein einfacher Stuhl und der Arzt sitzt im Chefsessel. Oder aber der Patientenstuhl, was ich noch viel schlimmer finde, wird eben seitlich platziert. So, also er wird schon zum Objekt gemacht, nicht mehr zum Gegenüber, sondern zum Objekt. Und das, damit wird schon das Verhältnis geklärt, ja? Ohne Worte.“ (Hr. Laaten, 100). Arzt und Patient sollten sich gleichberechtigt gegenüber sitzen. Herr Laaten spricht hier eine Präferenz ex negativo an, indem durch die Settinggestaltung der Patient objektiviert wird, was Herr Cadena positiv mit der Forderung nach einem humanistischen Arzt fordert: „Und wenn der, ich sage mal, wenn der Arzt selber aus einer Ecke kam, in seiner Entwicklung, sage ich mal, nicht als er schon fertig ist als Arzt oder so, mit einem entsprechenden Hintergrund, humanistisch oder wie man das alles bezeichnen soll, dann ist das schon eine wesentliche Voraussetzung, dass der Arzt auf die Patienten angemessen zugehen kann. So ist es.“ (Hr. Cadena, 51).

4.3.6 Spezifische Kompetenzen des fordernden Patienten

Der folgende Abschnitt hat die Beantwortung der dritten Forschungsfrage „Welche kommunikativen Kompetenzen bezüglich der Arzt-Patienten-Interaktion ergeben sich aus der Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten?“ zum Inhalt. Dem fordernden Patienten liegt eine Einstellung zugrunde, die es ihm ermöglicht dem Arzt partnerschaftlich zu begegnen. Dabei muss der Patient zunächst aus Sicht des fordernden Patienten seine Angst gegenüber dem Arzt ablegen.

Hr. Laaten: „Also, zunächst muss er seine Angst nehmen, also die Angst ablegen.

Interviewer: Die Angst vor dem Arzt ist jetzt/

Hr. Laaten: Vor dem Arzt, die Angst nicht nur vor dem Arzt, sondern auch vor der Autorität. Nicht den Arzt als Autorität ansehen, sondern als Fachmann, den ich fragen kann. Dazu ist er da!“ (102-104)

Mittels dieser Einstellung eröffnet sich der Kompetenz- und Gestaltungsraum des fordernden Patienten. So wie der fordernde Patient den Arzt als medizinischen Fachmann sieht, so ist er selbst **Fachmann seines eigenen Körperempfindens**.

„Naja, aber das ist tatsächlich so, ich glaube, die Leute sind nicht wissbegierig genug mit ihrem eigenen Körper, glaube ich. Das scheint mir ein großes Problem zu sein. Ich meine, wenn man in sich selber Reinhört, man muss kein Hypochonder sein, wenn man in sich selber Reinhört, dann hat man ein anderes Verhältnis zu sich selber, zu seiner Gesundheit und auch zum Doktor.“ (Hr. Ubbing, 80).

Der permanente Abgleich der ärztlichen Therapie mit dem eigenen Körperempfinden ist die zweite Kompetenz des fordernden Patienten. Herr Cadena formuliert das folgendermaßen: „Ja, wobei ich das aber auch immer beobachte, schlägt das Medikament oder nicht.“ (Hr. Cadena, 39). Vieles wird dabei in Eigenregie (s. Kap. 4.3.3) gelöst, wie es Frau Fahle beschreibt: „Man muss doch die Symptome selbst erst mal beobachten. Und dann, ich will mal sagen, denn, wenn solche Erkrankungen, dann hole ich mir mein altes Schulbuch vor, (lachend) dann die Biologieübersichten, gucke mal nach, was mit mir passiert.“ (Fr. Fahle, 13).

Um das ärztliche Gespräch besser für sich zu nutzen, ist für den fordernden Patienten die **Gesprächsvorbereitung** elementar. „Habe meine Beschwerden, die ich mir alle auf einen Zettel schreibe, damit ich nichts vergesse, weil der Arzt hat manchmal ganz viel Zeit für dich und manchmal ganz wenig.“ (Fr. Oberfeld, 3). Hier beschreibt Frau Oberfeld, wie sie die Schwankungen im zeitlichen Rahmen der Ärzte kompensiert, um ihrer eigenen Bedürfnisse zu erfüllen: „damit ich nichts vergesse“. Die Art der Vorbereitung kann physisch sein, indem ein Zettel geschrieben wird, wie bei Frau Oberfeld oder bei Herrn Abelmann: „Ja, das war so, ich habe einen Zettel genommen, ich habe mal alles, was ich mir so dachte auf einen Zettel geschrieben. Und

da hatte ich mir das schon hingelegt.“ (Hr. Abelmann, 7). Sie kann aber auch rein gedanklich sein, wie beispielsweise bei Frau Haarmann: „Naja, gedanklich vorm Einschlafen lege ich mir zurecht, was ich sagen und was ich fragen will und was ich möglichst präzise schildern will.“ (Fr. Haarmann, 57). Das Ziel ist eine Strukturierung und Optimierung des Gesprächs.

Der fordernde Patient **„schildert möglichst präzise“ seine Anliegen**, was er mit klarer, einfacher Sprache macht, die er auch vom Arzt fordert (s. Kap. 5.3.2). „Naja, dass man eben ihm die Symptome nennt, die einen belasten. (...) Und eben auch mal sagt ehrlich: „Dieses Medikament vertrage ich nicht oder davon wird mir übel, bitte nehmen Sie doch ein anderes““ (Fr. Fahle, 116). Hier zeigt sich, dass die Forderung nach einer klaren, einfachen, d.h. eindeutigen Sprache reziprok ist: „Ich möchte das und das wissen, warum ist das und das so? Nehme ich an, dass es da von meiner Seite auch relativ klar rüberkommt, was ich gerne möchte.“ (Fr. Dahmann, 33).

Die **klare und einfache Sprache** geht mit der **Kompetenz des kritischen Hinterfragens** einher, welche bereits in Kapitel 4.3.4 beschrieben wurde. Der fordernde Patient bemüht sich aktiv im ärztlichen Gespräch um ein Verständnis seiner Erkrankung. Aktiv möchte er aber in die Therapieentscheidung mit eingebunden werden. Wenn den fordernden Patienten etwas belastet, ist er bemüht, die Belastung möglichst schnell zu reduzieren, wie das Beispiel von Frau Haarmann zeigt: „Und da habe ich mir einen Termin beim Neurologen besorgen wollen und das waren vier Monate. Und dann dachte ich immer: Wenn du jetzt einen Hirntumor hast oder was. Und da habe ich die Hausärztin gefragt, habe ihr das geschildert und da hat sie gesagt: "Klar, da machen wir vorneweg ein MRT und dann wissen Sie schon mal ob oder ob nicht." Und das haben wir dann auch gemacht.“ (Fr. Haarmann, 73; 49). Der fordernde Patient hat aber auch konkrete Vorstellungen von therapeutischen Maßnahmen, die er gerne umgesetzt haben möchte.

„Er war zwar Operateur, aber war eher konservativ eingestellt. Ich musste ihn also überreden meine Ellenbogenprobleme, da hatte ich einen feinen Gelenkkörper drin im rechten, dass er das operiert. Von sich aus hätte er es nicht gemacht, weil er wusste, dass das auch risikobehaftet ist.“ (Hr. Laaten, 42).

Auch hier gestaltet der fordernde Patient **aktiv die Prozesse nach seinen Bedürfnissen**. „Ich habe sicherlich manchmal das Gespräch in eine gewisse Richtung gedrängt, weil ich da vielleicht mehr wissen wollte, als er mir sagen wollte.“ (Hr. Cadena, 35). Dabei setzt sich der fordernde Patient auch gegen den Widerstand der Ärzte durch und verweigert mitunter eine Behandlung: „Früh um sechs kommt die Schwester, Augentropfen. Ich sage: "Nichts gibt es. Ich nehme erst wieder was, wenn ich mit der Ärztin gesprochen habe und wenn die Sache geklärt wird.“ (Hr. Laaten, 56). Dieses Durchsetzungsvermögen legt der fordernde Patient auch bei der Verordnung von Medikamenten an den Tag. „Und von dem kriege ich auch kein Rezept mehr, aber da muss sich der Patient dann durchsetzen, ja?“ (Fr. Oberfeld, 40).

4.3.7 Kernaussagen des fordernden Patienten

Den fordernden Patienten kennzeichnet ein elaboriertes Krankheitsverständnis, da er sich intensiv mit seinen Erkrankungen, deren Entstehung und deren Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzt. Konstituierend für diesen Patiententyp ist, dass er in den gesamten Behandlungsprozess einbezogen werden möchte. Für den fordernden Patienten ist die Arzt-Patienten-Interaktion eine partnerschaftliche Beziehung, in der beide Parteien gleichberechtigt interagieren. Der fordernde Patient erkennt die Komplexität medizinischer Sachverhalte an, was bedeutet, dass es nicht immer eindeutige Lösungen gibt. Aus diesem Grund müssen manche Entscheidungen abgewogen werden und der Patient ist letzten Endes immer diejenige Person, die die Konsequenzen der getroffenen Entscheidungen tragen muss. Daraus ergeben sich drei Handlungsstrategien. Die Handlungsstrategie des Hinterfragens meint, dass die Aussagen des Arztes vom fordernden Patienten infrage gestellt und auf Inkonsistenz geprüft werden. Die Handlungsstrategie des Informierens bedeutet, dass der fordernde Patient selbstständig und umfangreich Informationen zu seinen Erkrankungen einholt. Dies geht mit der Handlungsstrategie des LöSENS in Eigenregie einher, d.h. der fordernde Patient adaptiert die Therapie selbstständig an seine Lebensumstände bzw. das aktuelle Befinden. Die Konsequenzen der Handlungsstrategien sind zunächst ein Abbruch der Beziehung bei Nichterfüllung der Erwartungen. Der fordernde Patient erwartet umfangreiche bzw. zufriedenstellende Erklärungen über die Erkrankung oder Therapie. Sollte diese Erwartung nicht zu seiner Zufriedenheit erfüllt werden, bricht er die Beziehung zum Arzt ab. Eine weitere Konsequenz der Handlungsstrategien ist eine stabile Compliance, bei Erfüllung der Erwartungen, d.h. dass der fordernde Patient die Gründe und Erklärungen des Arztes nachvollziehen kann. Sollten aber dem fordernden Patienten eine Therapie nicht plausibel oder die Aussagen des Arztes inkonsistent erscheinen, wird er die therapeutischen Anweisungen nicht befolgen.

Weitere Präferenzen des fordernden Patienten sind die vier Dimensionen der Offenheit. Die Interaktion sollte durch eine offene Sprache (1) und umfangreiche Aufklärung (2) gekennzeichnet sein. Des Weiteren sollte der Arzt während des Diagnoseprozesses offen vor dem Patienten differenzieren, was er vermutet und was als Gewissheit anerkannt wird (3). Zuletzt sollte der Arzt sich mit seiner eigenen Meinung zu einem Problem positionieren und dieses offenlegen (4). Der fordernde Patient ist Fachmann seines eigenen Körpers, zu dem er einen privilegierten Zugang besitzt. Damit besitzt er aus seiner Sicht die Kompetenz, substantiell und partnerschaftlich Informationen in der Arzt-Patienten-Interaktion beizutragen. Die nächste Kompetenz ist die Gesprächsvorbereitung, damit er die Arzt-Patienten-Interaktion besser nutzen kann. Dabei legt er Wert auf eine klare und präzise Sprache bei seinen eigenen Darstellungen, was eine weitere Kompetenz der fordernden Patienten darstellt. Generell gestaltet der fordernde Patient die Interaktion mit dem Arzt aktiv nach seinen Bedürfnissen und kommuniziert diese offen.

4.4 Patiententypen, Sozialstatus und TSK

Der folgende Abschnitt hat die Beantwortung der vierte Forschungsfrage „In welchem Zusammenhang stehen der sozioökonomische Status des älteren, multimorbiden Patienten und die Wahrnehmung der Präferenzen und Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion?“ zum Inhalt.

Es zeigt sich auch, dass der Patiententypus des devotionalen Patienten mit einem niedrigem und der Patiententypus des fordernden Patienten mit einem hohen Sozialstatus assoziiert zu sein scheint (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Verteilung der Patiententypen und Sozialstatus

	niedriger Sozialstatus	hoher Sozialstatus	Σ
Devotionaler Patient	10	4	14
Fordernder Patient	2	10	12
Σ	12	14	26

Damit scheinen sich die kommunikativen Präferenzen und auch die kommunikativen Kompetenzen in Abhängigkeit des Sozialstatus grundlegend zu unterscheiden. Besonderes stechen hier die Möglichkeiten der kommunikativen Kompetenzen hervor. Aufgrund des Forschungsdesigns und des theoretischen Samples bedarf es hier aber weiterer Analysen.

Der folgende Abschnitt hat die Beantwortung der fünften Forschungsfrage „In welchem Zusammenhang stehen verschiedene Formen der Krankheitsbewältigung des Patienten und der Wahrnehmung der Präferenzen und Kompetenzen der älteren, multimorbiden Patienten hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion?“ zum Inhalt. Bei der Analyse der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK) konnte gezeigt werden, dass die beiden Patiententypen des devotionalen und des fordernden Patienten jeweils mit einer Subskala assoziiert sind.

Den devotionalen Patienten kennzeichnet, dass er mit 47.9 Punkten (s. Tab. 4) eine starke Ausprägung auf der Subskala Bedrohungsabwehr hat. Diese Skala kennzeichnet, dass sich diese Patienten durch positives Denken nicht mit der Krankheit auseinandersetzen wollen. [109]. Deutlich wird dies auch im dem Beispielitem „Ich führte mir vor Augen, daß die Ärzte ihr Bestes tun werden um mir zu helfen“. Durch dies Abgabe von Verantwortung wird die Passivität und die Unmöglichkeit Prozesse in der A-P-I aktiv zu gestalten hier noch einmal unterstrichen. Auf dieser Skala schneidet im Gegensatz dazu der fordernde Patienten mit nur 41.3 Punkten ab.

Der Patiententypus des fordernden Patienten hatte mit 50 Punkten die größte Ausprägung auf der Subskala Suche nach Information und Erfahrungsaustausch. Diese Skala kennzeichnet eine starke Auseinandersetzung mit der Erkrankung mit dem Bestreben, mehr über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten zu erfahren [109]. Deutlich wird dies auch mit dem Beispielitem „Ich suchte in Büchern und Zeitschriften nach Informationen über die Erkrankungen“. Inkludiert sind hier auch Informationen aus dem Internet, da viele Patienten dies explizit beim Ausfüllen des Fragebogens erfragten und zeitgemäß bestätigt wurde. Hier wird die Aktivität und das Einbezogen werden dieses Patiententyps betont. Es gab auch Geschlechtereffekte, aber auch getrennt für die Geschlechter bleiben die Unterschiede in den Patiententypen bestehen.

Tabelle 5: Patiententypen und Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung

		RU	SI	SS	SR	BA
Devotionaler Patient N=14	Mittelwert	41,6	46,0	46,0	39,0	47,9
	Std.-Abweichung	11,5	10,6	12,4	9,1	7,7
Fordernder Patient N=12	Mittelwert	41,3	50,0	41,9	39,7	41,3
	Std.-Abweichung	10,5	11,4	20,1	6,8	18,2
Insgesamt	Mittelwert	41,4	47,9	44,1	39,4	44,8
	Std.-Abweichung	10,9	10,9	16,2	8,0	13,7

(RU: Rumination; SI: Suche nach Information und Erfahrungsaustausch; SS: Suche nach sozialer Einbindung; SR: Suche nach Halt in der Religion; BA: Bedrohungsabwehr)

4.5 Zusammenfassung der Patiententypen

Das Hauptdistinktionsmerkmal der beiden Patiententypen ist eine Passivität beim devotionalen und eine Aktivität beim fordernden Patienten innerhalb der A-P-I. Dabei werden Belastungen vom devotionalen Patienten ausgehalten, während sie vom fordernden Patienten aktiv reduziert werden. Der fordernde Patient gestaltet die A-P-I aktiv nach seinen Bedürfnissen und setzt sich intensiv mit seiner Erkrankung auseinander. Der devotionale Patient sieht keine Möglichkeiten, die A-P-I in irgendeiner Form zu gestalten. Er hat ein einfaches Krankheitsverständnis und ist an der konkreten Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen interessiert. Vertrauen wird vom fordernden Patienten langsam aufgebaut und die Beziehung zum Arzt wird bei Nichterfüllung der Erwartungen abgebrochen. Im Gegensatz dazu bringt der devotionale Patient dem Arzt zu Beginn der Beziehung ein hohes Vertrauen entgegen, welches nicht infrage gestellt wird. Zugrunde liegt hier ein unterschiedliches Verständnis über die Art der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Der devotionale Patient definiert eine asymmetrische Beziehung zum Arzt und möchte konkrete Handlungsanweisungen vom Arzt haben. Der fordernde Patient legt eine partnerschaftliche Beziehung zugrunde, in der gemeinsam eine Lösung erarbeitet wird, die medizinisch fundiert und an die Lebenswelt des Patienten adaptiert ist.

Die Konsequenz beim devotionalen Patienten ist, eine generelle Zufriedenheit, eine Entlastungsfunktion, da Verantwortung abgegeben wird, und eine instabile Compliance. Beim fordernden Patienten sind die Konsequenzen ein folgerichtiger Abbruch der Beziehung bei Nichterfüllung der Erwartungen und eine stabile Compliance bei Erfüllung der Erwartungen.

Auch die weiteren Präferenzen und Kompetenzen der beiden Patiententypen sind nach dem Hauptdistinktionsmerkmal ausgerichtet. Die Passivität des devotionalen Patienten findet in den Kategorien des Sich-Kümmerns und der Verfügbarkeit des Arztes seinen Ausdruck, und die Kompetenzen sind eine Zuarbeit für den Arzt, sowie eine Genügsamkeit ihm gegenüber. Die Aktivität des fordernden Patienten wird durch die geforderte Offenheit, hier besonders die zweite Dimension der umfangreichen Aufklärung, sowie des Einbeziehens in Entscheidungsprozesse deutlich. Die Kompetenzen sind der Zugang zum eigenen Körper und damit einhergehend auch ein Abgleich der ärztlichen Informationen und Therapievorschläge. Des Weiteren eine Gesprächsvorbereitung, präzise Formulierung der Anliegen, sowie das aktive fordern von bestimmten therapeutischen Maßnahmen (s. Tab. 6).

Weiter konnte gezeigt werden, dass die beiden Patiententypen mit einem niedrigen Sozialstatus beim devotionalen Patienten und mit einem hohen Sozialstatus beim fordernden Patienten assoziiert zu sein scheinen.

Die Analyse der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung zeigt, dass der devotionale Patient der Subskala „Bedrohungsabwehr“ zu zuordnen ist. Hier wird durch positives Denken eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung verhindert. Im Gegensatz dazu ist der Patiententyp des fordernden Patienten eher der Subskala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“. Im Mittelpunkt steht hier die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, indem selbstständig Informationen eingeholt werden mit dem Ziel, die Erkrankung zu verstehen.

Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse der Patiententypen

	Devotionaler Patient	Fordernder Patient
Phänomen	<ul style="list-style-type: none"> • Blindes Vertrauen • Einfaches Krankheitsverständnis 	<ul style="list-style-type: none"> • Forderung nach Einbeziehung • Elaboriertes Krankheitsverständnis
Ursachen des Phänomens	<ul style="list-style-type: none"> • Asymmetrische Beziehung 	<ul style="list-style-type: none"> • Partnerschaftliche Beziehung • Komplexität medizinischer Sachverhalte • Patient trägt Konsequenzen der Entscheidung
Handlungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie der Tabuisierung • Strategie der Unmöglichkeit der Gestaltung • Strategie des blinden Vertrauens 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie des Hinterfragens • Strategie des Informierens • Strategie des LöSENS in Eigenregie
Konsequenzen der Handlungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • generelle Zufriedenheit • Entlastungsfunktion • instabile Compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Abbruch der Beziehung bei Nichterfüllung der Erwartungen • stabile Compliance bei Erfüllung der Erwartungen
Präferenzen	<ul style="list-style-type: none"> • immer Zeit • Sich-Kümmern • Beziehungsgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Offenheit • Alle Anliegen abarbeiten • Einbeziehung in Entscheidungsprozesse • Beziehungsgestaltung
Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Offene Berichterstattung • Verständnisfragen • Genügsamkeit • Ärztliche Zeit wird nicht verschwendet 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zum eigenen Körper • Gesprächsvorbereitung • Präzise Formulierung der Anliegen • Klare Sprache • Fordert therapeutische Maßnahmen aktiv ein

5. Diskussion

Das Ziel der Dissertation war es, die Wahrnehmung des älteren, multimorbiden Patienten auf die A-P-I zu untersuchen. Dabei lag ein besonderer Fokus auf den kommunikativen Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen des älteren, multimorbiden Patienten. Zudem wurden soziodemographische Aspekte und Aspekte der Krankheitsverarbeitung berücksichtigt. Im Rahmen der Analyse der leidfadengestützten Interviews nach dem Forschungsparadigma der Grounded Theory konnten zwei unterschiedliche Perspektiven herausgearbeitet werden, die Grundlage für die beiden Patiententypen sind: den devotionalen Patienten und den fordernden Patienten.

Der ältere Patient gerät immer mehr in den Fokus der Forschung [8, 9, 117]. Im Einklang mit den vorliegenden Ergebnissen, konnten schon ältere und jüngere Studien belegen, dass dem Patienten eine gute Kommunikation mit dem Arzt sehr wichtig ist [12–14, 24, 25, 118]. Speziell die Verbesserung der Lebensqualität des älteren Patienten gewinnt mehr und mehr an Bedeutung [119]. Die empathischen Fähigkeiten der Ärzte wirken sich dabei positiv auf die Lebensqualität der Patienten aus, d.h. die Lebensqualität ist durch die A-P-I beeinflussbar. Dies ist positiv möglich, aber auch negativ, da sich der Stress der Ärzte negativ auf die Beziehung zu den Patienten und damit auch auf die Lebensqualität auswirkt [33, 39, 41]. Dass eine empathisch gestaltete Interaktion von vielen Patienten erwünscht ist [38], konnte in der vorliegenden Arbeit für beide Patiententypen bestätigt werden.

Der devotionale Patient wünscht sich dies im Kontext der Kategorie des Sich-Kümmerns, was damit ein umfassenderer Wunsch ist, da es sich auf die gesamte Interaktion mit dem Arzt erstreckt. Dem fordernden Patient ist es im Rahmen der Beziehungsgestaltung wichtig, d.h. der Schwerpunkt liegt hier eher auf den Beginn der Interaktion und nimmt dann im Verlaufe ab. Auch dass der Arzt sich für seinen Patienten u.a. ausreichend Zeit nimmt, ist den Patiententypen wichtig und konnte bestätigt werden. [18, 46, 47, 49, 120]. Hier konnte aber zusätzlich eine Differenzierung erfolgen, da der devotionale Patient sich Zeit in Form von allgemeiner Zuwendung wünscht, während der fordernde Patient sich Zeit in konkreter Form wünscht, indem seine Anliegen abgearbeitet werden. Die Präferenz für Offenheit in der Interaktion konnten für den fordernden Patienten bestätigt werden [92]. Der devotionale Patient hat diesbezüglich keine Präferenz, außer dass die Informationen für ihn verständlich formuliert sind.

Es wird ebenfalls als sehr wichtig erachtet, dass der Hausarzt Ratschläge zur Vorbeugung gibt und dass er betont, welche Medikamente aus seiner Sicht am wichtigsten sind [21]. Beides konnte in dieser Studie auch für den älteren, multimorbiden Patienten belegt werden. Wenn es jedoch um konkrete Handlungsanweisungen geht, ist stark nach den Patiententypen zu differenzieren, um den jeweiligen Bedürfnissen gerecht zu werden. Für den devotionalen Patienten sind

konkrete Handlungsanweisungen wichtiger, während der fordernde Patient es präferiert, umfassende Erklärungen zu bekommen, die für eine Compliance notwendig sind.

Während der devotionale Patiententypus eher passiv in der Interaktion mit dem Arzt ist, nimmt der fordernde Patiententypus vielmehr eine aktive Rolle in der Interaktion ein. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus anderen Studien. Ledford [121] beschreibt zwei unterschiedliche Patiententypen in Bezug auf die Risikobewertung von Medikamenten. Es wurde untersucht, inwiefern sich Patienten mit ihrer Medikation und deren Risiken auseinandersetzen. Dabei konnte ein aktiver Patiententyp identifiziert werden, der sich aktiv mit der Medikation auseinandersetzt und Informationen einholt. Diese Informationen bespricht er mit dem Arzt aber auch mit anderen. Dann konnte noch ein passiver Patiententyp identifiziert werden, der sich keine Informationen einholt und auch Änderungen der Risiken seiner Medikamente nicht erkannt hatte. Bei Ledford lag der Fokus auf dem Erkennen von Risiken bei der Medikamenteneinnahme von chronisch kranken Patienten. Während bei Ledford die Passivität und die Aktivität der Patienten sich auf die Auseinandersetzung mit der Risikobewertung von Medikamenten beschränkt, ist die Passivität des devotionalen Patienten und die Aktivität des fordernden Patienten umfassender und beinhaltet die gesamte Gestaltung der A-P-I. Dies inkludiert die Diagnose bzw. die Lösungssuche und die Therapievereinbarung [122].

Dabei ist die Passivität und die Aktivität der beiden Patiententypen Ausdruck eines bestimmten Rollenverständnisses der jeweiligen Patiententypen. Das Verständnis ist Ausdruck bestimmter Rollenerwartungen, die sich aus den jeweiligen Erwartungen der Bezugsgruppe an den Träger einer sozialen Position ergeben. Der Begriff der sozialen Rolle beschreibt die Funktion das strukturelle Beziehungsgefüge aufrechtzuerhalten. Dabei ist eine soziale Rolle ein Konglomerat von Erwartungen der Gesellschaft bzw. Bezugsgruppe an den Träger einer sozialen Rolle [123]. Hierbei unterscheidet Dahrendorf [124] zwischen drei unterschiedlichen Erwartungen. Sogenannte „Muss-Erwartungen“, welche hochgradig verbindlich und mit massiven negativen Sanktionen verbunden sind. „Soll-Erwartungen“ haben einen schwächeren Verbindlichkeitsgrad und werden milder negativ sanktioniert. „Kann-Erwartungen“ besitzen einen sehr geringen Verbindlichkeitsgrad, deren nicht Befolgen nicht negativ sanktioniert, jedoch deren Befolgung positiv sanktioniert wird. Mit dem Begriff des Rollensets wird auf die gesamte Bezugsgruppe einer konkreten Rolle rekuriert. Dabei stellt das Rollensegment die Gesamtheit aller Rollenerwartungen dar. Die internalisierten Rollensegmente bestehen aus primären, sekundären und tertiären Erwartungen, wobei die primären Muss-Erwartungen besonderes stabil gegenüber Veränderungen sind [123]. Das Rollensegment der Arzt- und Patientenrolle hat auch eine historische Komponente, die die Passivität des devotionalen Patienten erklärt. Der Begriff der Heilung bzw. Krankheit enthält historisch eine religiöse Weltansicht [125]. Krankheit ist demnach eine Strafe Gottes, mit dem Fehlverhalten geahndet wird, oder es ist eine Probe, um die Glaubensfestigkeit

zu prüfen, was auch Sanktionierungen von (Fehl-)Verhalten gleich kommt: Belohnung bei erwünschtem, Bestrafung bei unerwünschtem Verhalten. In diesem Verständnis ist das Individuum der Allmacht Gottes ausgeliefert. Dies kommt in den Grundzügen dem Verhältnis des devotionalen Patienten zum Arzt gleich. Auch hier befindet sich der Patient in einem Abhängigkeitsverhältnis, welches aus Sicht des devotionalen Patienten nicht veränderbar ist. Diese Belohnung bei gewünschtem und Bestrafung bei unerwünschten Verhalten ist auch bei der devotionalen Perspektive auf die A-P-I vorhanden. Der Arzt sagt dem Patienten, wie er sich verhalten soll (s. Kap. 4.2.3). Wenn der devotionale Patient sich an die Anweisungen hält, dann wird er nach seinem Verständnis gesund, wenn nicht, dann ist der Patient schuld, dass er krank ist. Den Anweisungen zu folgen ist ein wichtiger Bestandteil des Rollensets und stellt aus Perspektive des devotionalen Patienten eine Muss-Erwartung dar. Diese Erwartungen sind stabil und nicht ohne weiteres zu verändern. Daher ist die Frage nach Gestaltungsmöglichkeiten der A-I-P ein Infragestellen dieser Rollenerwartungen. Dies ist für den devotionalen Patienten unmöglich, da seine Rollenerwartung eine Tabuisierung der kritischen Auseinandersetzung mit dem Arzt darstellt. Seine Lösung besteht aus gewissen Übersprunghandlungen, die im Widerspruch zu den therapeutischen Maßnahmen stehen können (s. Kap. 4.2.4).

In einer Studie zur selbstwahrgenommenen Patientenautonomie bei Frauen zu ihren Schwangerschaften, hatten Frauen, die nur bei Ärzten in Behandlung waren signifikant niedrigere Autonomiewerte als Frauen, die von Hebammen betreut wurden [126]. Dies ist auch ein Indiz für das Rollenverständnis der Ärzte und deren Handlungsparadigma. Des Weiteren stellt es auch eine mögliche Erklärung dar, warum der devotionale Patient keine Möglichkeiten sieht, die A-P-I nach seinen Bedürfnissen zu gestalten. Daher ist es für den devotionalen Patienten wichtig, dass ihm eine Art Erlaubnis gegeben wird, dem Arzt Fragen stellen zu dürfen. So konnte in einer Interventionsstudie gezeigt werden, dass Patienten über 64 Jahre den Arzt während der Konsultation signifikant mehr Fragen stellen, wenn sie vorher in einem Brief dazu explizit aufgefordert wurden [127]. Dies wäre eine Möglichkeit den Muss-Erwartungen zu begegnen. Offen bleibt aber, ob der devotionale Patient dies als eine Erlaubnis wahrnimmt und die Muss-Erwartungen anpasst oder ob die Aufforderung als eine Verpflichtung wahrgenommen wird, die es zu erfüllen gilt. Im letzten Fall wäre es ein Bestandteil der Muss-Erwartungen. Obwohl diese primären Erwartungen stabil sind, ist aus anderen Studien bereits bekannt, dass das Kommunikationsverhalten des Arztes einen großen Einfluss darauf hat, ob und wie sich der Patient an therapeutischen Prozessen und Entscheidungen beteiligt [55, 56, 120, 128, 129]. Auch die Selbstwirksamkeit der Patienten hat einen hohen Einfluss auf die aktive Beteiligung der Patienten in der A-P-I. [130]. In diesem Zusammenhang schlugen Maly et al. [130] vor, die Durchsetzungsfähigkeit der Patienten durch pädagogische Interventionen zu verbessern.

Wie wichtig es ist, Patienten in ihrer Durchsetzungsfähigkeit bzw. Entscheidungskompetenz zu unterstützen, beschreibt eine Studie von Bergqvist und Strang [131]. Hier konnte gezeigt werden, dass Patientinnen Handlungen bzw. Entscheidungen zustimmen, um dem Arzt oder den Angehörigen zufrieden zu stellen und nicht, weil sie es wünschen. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist den Patienten zu unterstützen, Entscheidungen nach seinen Präferenzen zu treffen und die dafür notwendigen Kompetenzen zu erlangen. Das gilt im Besonderen für den devotionalen Patienten. Offen bleibt in diesem Kontext, ob der devotionale Patient für diese Art der A-P-I empfänglich wäre.

Die Handlungsstrategie des devotionalen Patienten hat eine generelle Zufriedenheit zur Folge, die auch aufrechterhalten wird, wenn es belastende Situationen gibt, wie beispielsweise bei Herrn Abend (s. Kap. 4.2.4). Dies hängt stark mit dem Phänomen der adaptiven Präferenzen zusammen [132]. Wenn ein Individuum glaubt, dass etwas unerreichbar ist, dann wird dies abgewertet und/oder als nicht erstrebenswert angesehen. Dieses Phänomen wird in der Literatur als „Wellbeing-Paradox“ beschrieben [133]. Gemeint ist damit, dass Patienten ihr Anspruchsniveau den Umständen bzw. Möglichkeiten, die sie wahrnehmen, anpassen. Dies konnte im Zusammenhang mit Therapieentscheidungen belegt werden. Patienten adaptieren ihre Präferenzen den tatsächlichen und wahrgenommenen Umständen entsprechend [134].

Auch die Betonung der Subskala „Bedrohungsabwehr“ (TSK; Kap. 4.4) beim devotionalen Patienten stützt die Interpretation, dass dieser Patiententyp eher eine passive Krankheitsverarbeitung hat. Ein Ausdruck der Passivität des devotionalen Patienten ist, dass er sich nicht traut den Arzt nach persönlichen oder beruflichen Informationen zu fragen. Hier wären eine Entlastung bzw. Informationen für den devotionalen Patienten eine Möglichkeit, da bereits gezeigt werden konnte, dass sich biographische Informationen über die behandelnden Ärzte in Form eines kurzen Imagefilms positiv auf die A-P-B auswirkt [135]. Dies würde die A-P-B stärken, könnte aber auch eine mögliche Legitimation für den devotionalen Patienten sein, den Arzt zu biographischen oder auch anderen Informationen zu fragen.

Im Gegensatz dazu verarbeitet der fordernde Patient mit der Betonung der Subskala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ seine Erkrankungen eher aktiv, indem er Informationen sucht und prüft (s. Kap. 4.4). Dabei ist die Strategie des Hinterfragens des fordernden Patienten eine komplementäre Strategie zum devotionalen Patienten und geht mit andern Rollenerwartungen einher. Für ihn ist gerade das Einbeziehen werden und die umfangreichen Erklärungen eine Muss-Erwartung an die Arztrolle. Der Wunsch nach einer umfangreichen Aufklärung älterer Krankenhauspatienten konnte schon belegt werden [136]. Aus diesem Grund bricht der fordernde Patient die Beziehung zum Arzt ab, wenn diese primären Erwartungen vom Arzt nicht erfüllt werden. Der fordernde Patient ist an einer gemeinsamen Lösungssuche inte-

ressiert, da er die therapeutischen Maßnahmen nicht umsetzt, wenn für ihn nicht klar ist, warum er diese oder jene Therapie umsetzen soll. Er möchte im Sinne des zwanglosen Zwangs des besseren Arguments, wie es Habermas formuliert, überzeugt und nicht überredet werden [4]. Dazu fordert dieser Patiententypus Erklärungen ein, damit er die Dinge nachvollziehen und verstehen kann. Diese Arbeit zeigt aber auch, dass dem Patiententypus des devotionalen Patienten zu viele Informationen zu verunsichern scheinen. Hier bedarf es weiterer Forschung, um zu klären, wie der Aufklärungswunsch in dieser Altersgruppe verteilt ist und welche Auswirkungen ein zu viel oder zu wenig an Informationen bedeutet.

Neben den beiden Eigenschaften der Passivität des devotionalen Patienten und der Aktivität des fordernden Patienten, die oben schon in Bezug auf die Risikobewertung von Medikamenten diskutiert wurde, kommt noch der Aspekt der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und damit einhergehend der Informationsbeschaffung hinzu. Eine wichtige Eigenschaft des fordernden Patienten ist, dass er selbstständig Informationen über seine Erkrankung einholt. Es konnte in diesem Zusammenhang schon gezeigt werden, dass die Nutzung von verschiedenen Patienteninformationsquellen mit besseren Kenntnissen über die Erkrankung verbunden sind. Persönliche Aufklärung durch den Arzt und schriftliches Informationsmaterial sind die Hauptinformationsquellen der Patientenaufklärung. [137]. Für den devotionalen Patienten ist damit die A-P-I die wichtigste Schnittstelle, da er außerhalb der ärztlichen Gesprächs keine Informationen einholt bzw. sich mit seiner Erkrankung im größerem Umfang auseinandersetzt. Hier bekommt die A-P-I eine besondere Funktion in der Versorgung des devotionalen Patienten. Die Präferenzen des fordernden Patienten können sowohl innerhalb der A-I-P als auch durch Informationsmaterialien erfüllt werden.

Selic et al. [138] konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass bei Patienten mit einem Altersdurchschnitt von 58 Jahre (SD=11.3 Jahre; N=250), die Bildung einen wichtigen Einfluss auf die Umsetzung der ärztlichen Anweisungen hat. Hier werden die Anweisungen des Arztes von Patienten mit hoher Bildung häufiger umgesetzt als bei Patienten mit niedriger Bildung. Da die beiden Patiententypen mit einem hohen bzw. niedrigem Sozialstatus assoziiert zu sein scheinen, gilt es dies in der A-P-I im besonderen Maße zu berücksichtigen. Selic et al. [138] konnten aber auch zeigen, dass die Anzahl der Anweisungen eine Rolle bei der tatsächlichen Umsetzung durch den Patienten spielen. Demnach werden pro Konsultation ein bis zwei Anweisungen vom Patienten umgesetzt. Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, die unterschiedlichen Patiententypen in der A-P-I zu berücksichtigen, um die relativ instabile Compliance des devotionalen Patienten zu stabilisieren und die stabile Compliance des fordernden Patienten weiter zu fördern.

Es ist belegt, dass immer mehr Patienten das Internet als Wissensquelle für ihre Erkrankung nutzen [139]. Dennoch konnte gezeigt werden, dass bestimmte Patienten, die dem devotionalen Patiententypus sehr ähneln, sich bewusst dagegen entscheiden, sich in irgendeiner Form außerhalb der A-P-I über ihre Erkrankung zu informieren. Gleichzeitig ist aber bekannt, dass Gesundheitsinformationen sich positiv auf die Compliance der Patienten auswirken und diese erhöhen [140]. Die Art der Information über die Erkrankung zu steuern bzw. zu fördern, wäre eine Möglichkeit, die instabile Compliance des devotionalen Patienten zu kompensieren und die Compliance beim fordernden Patienten zu erhöhen. Hinzu kommt in diesem Kontext, dass es einen bekannten Zusammenhang zwischen wahrgenommener Wirksamkeit und der Medikamenten Compliance gibt [26]. So könnte über die Informationen auch die wahrgenommene Wirksamkeit der Medikamente und damit auch die Compliance erhöht werden.

Wenn man sich allgemein die Studienlage zur A-P-I und die Diskussion um „Patient Empowerment“ anschaut, so ist zu konstatieren, dass es einen impliziten, normativen Anspruch gibt, dem Patienten mehr Verantwortung zu übertragen [141]. So konnte gezeigt werden, dass bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes Mellitus Patienten, die ein Empowerment Programm durchlaufen haben, bessere HbA1c Werte haben, als die Kontrollgruppe ohne Intervention [97, 141]. Dabei wissen wir auch, dass Patienten mit weniger Bildung weniger Fragen zu medizinischen Problemen stellen als Patienten mit höherer Bildung. Sie trauen sich auch weniger den Arzt zu fragen, ob er für ein besseres Verständnis seine Ausführungen wiederholen kann als Patienten mit höherer Bildung [142]. Unter diesem Aspekt ist es wichtig den devotionalen Patienten zu bestärken, den Arzt zu hinterfragen und damit sein Rollenverständnis zu modifizieren. Gleichzeitig gilt es aber auch die Patientenautonomie zu wahren. Das beinhaltet eine umfangreiche Aufklärung des Patienten damit der Patient im Sinne der PEF seine Rechte wahren kann [143, 144]. Dies impliziert eine normative Fragestellung, ob der Patient entsprechend seiner Krankenrolle, von seinen Rollenerwartungen befreit ist [145], oder ob er im Zuge der Ökonomisierung von Versorgungsleistungen befähigt werden muss, Entscheidungen mit zu treffen [146].

In diesem Kontext konnte bereits gezeigt werden, dass die A-P-B bei älteren Patienten einen großen Einfluss auf die Akzeptanz des Konzeptes der partizipativen Entscheidungsfindung hat. Hier wurde Vertrauen zum Arzt als eine notwendige Voraussetzung für PEF identifiziert [147]. Dass Patienten mit chronischen Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck ihrem behandelnden Arzt sehr großes Vertrauen schenken konnte bestätigt werden [22, 88]. Jedoch zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass hier stärker differenziert werden sollte, da die Zufriedenheit zwischen den beiden Patiententypen sehr unterschiedlich herzustellen ist. Es ist aber unklar, wie genau die Mechanismen wirken, aufgrund dessen die Patienten ihr Vertrauen verlieren, die Behandlung oder die Beziehung abbrechen. Ob es sich um Vertrauensverlust handelt, oder ob der Abbruch

der Behandlung durch eine lange Wartezeit begünstigt wurde [148]. Hier bedarf es weiterer Studien, aber die beiden Patiententypen können hier wichtige Impulse geben, da Abbrüche der Beziehung zum Arzt identifiziert werden konnten.

Dabei ist es wichtig auch die Persönlichkeitsmerkmale der Patienten zu berücksichtigen, die über die Einteilung der beiden Patiententypen hinausgeht. Bei einer Studie mit Krebspatienten und PEF konnte gezeigt werden, dass die Auswahl der geeigneten Kommunikationsstrategie in Bezug auf die Persönlichkeitsmerkmale ein wichtiger Aspekt für das Gelingen oder Scheitern ist [149]. Hier bedarf es weiterer Forschung, um differenzieren zu können, was individuelle Persönlichkeitsmerkmale sind und was auf den jeweiligen Patiententyp zurück zu führen ist. Eine weitere Möglichkeit ist, dass die Patiententypen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen assoziiert sind, die über die beschriebenen hinausgehen. Auch dieses gilt es zu klären.

Wenn es darum geht, Patienten in Entscheidungsprozesse zu integrieren, wissen wir aus anderen Studien, dass die Patienten Zeit brauchen, eine Entscheidung zu treffen [150]. Im Zusammenhang mit dem devotionalen Patienten bedeutet dies, dass es Zeit braucht, wenn er in Entscheidungen involviert werden soll. Gleichzeitig wissen wir auch, dass Patienten mit niedrigem Sozialstatus mehr Kontakte zum Arzt haben, als Patienten mit hohem [151]. Hier ist es naheliegend, dass die Interaktion mit dem devotionalen Patienten angepasst werden sollte, um ihm Informationen verständlich zu vermitteln und Zeit zur Verarbeitung von Informationen zu geben, um die Häufigkeit der Arztbesuche zu reduzieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Patientenautonomie und der Krankenrolle ist das Recht des Patienten krank zu sein und Verantwortung über die Entscheidung abzugeben. So konnte schon früh in einer Übersichtsarbeit gezeigt werden, dass bestimmte Patienten nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden wollen [152]. Der devotionale Patiententypus wünscht sich Entlastung, indem ihm die Entscheidung abgenommen wird und er sich auf die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen konzentriert.

Diese Studie legt nahe, weitere Untersuchungen durchzuführen. Zum einen müssten die Konzepte des devotionalen und fordernden Patienten überprüft und Indikatoren zur möglichst einfachen Identifizierung entwickelt werden. Zum anderen müsste geschaut werden, ob die beiden Patiententypen eine klinische Relevanz besitzen, d.h. gesünder sind, bessere Therapieerfolge haben oder eine höhere Lebensqualität besitzen.

5.1 Fazit für die Praxis

Diese Arbeit macht deutlich, wie wichtig es im ärztlichen Gespräch ist, die unterschiedlichen Grundbedürfnisse des jeweiligen Patiententypus zu berücksichtigen, da es nicht den multimorbiden Patienten gibt. Im Sinne einer adaptiven Gesprächsführung ist es die Aufgabe des Arztes, auf die Bedürfnisse des fordernden und devotionalen Patienten individuell einzugehen.

Beim fordernden Patienten besteht die Aufgabe des Arztes darin ihn umfassend aufzuklären und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen, da er sonst die Mitarbeit des Patienten verliert. Wichtig ist ein offener Gesprächsstil, was bedeutet, dass alle Themen offen und in vollem Umfang besprochen werden und der Arzt offenlegt, was eine gesicherte Erkenntnis und was eine Vermutung bzw. Annahme ist. Da der fordernde Patient ein elaboriertes Krankheitsverständnis besitzt und therapeutische Maßnahmen an seine Bedürfnisse und seinen Alltag selbstgesteuert anpasst, sind hier weniger engmaschige Kontrollen wichtig als vielmehr eine Begleitung und Beratung des Patienten. Hier kann der Arzt die Kompetenzen des fordernden Patienten nutzen, die Gesprächsvorbereitung des Patienten und sein Informationsbedürfnis.

Beim devotionalen Patienten besteht die Herausforderung für den Arzt darin, eine klare, einfache Sprache zu verwenden und konkrete Handlungsanweisungen zu geben, was wie wann zu machen ist. Zu viele Hintergrundinformationen sind vielmehr hinderlich und verunsichern den Patienten eher. Eine Teilaufgabe besteht darin, den Patienten zu befähigen, dass er sich mehr in die A-P-I einbringt und eigene Bedürfnisse explizit äußert. Hier braucht der devotionale Patient die Erlaubnis vom Arzt, da dieses Verhalten stark von seinem Rollenverständnis abweicht. Diese Befähigung hat aber seine Grenzen, da der devotionale Patient nach seinem Verständnis der A-P-I gerne die Verantwortung in die Hände des Arztes legen möchte. Dann gilt es für den Arzt dieses Bedürfnis zu respektieren, dem Patienten die Entscheidungen abzunehmen und den Patienten genau über seine Aufgaben zu informieren. Wegen der Tendenz schnell Fragen mit Ja zu beantworten ist es wichtig, Lernkontrollfragen in der Interaktion zu verwenden, um zu überprüfen, ob die relevanten Informationen angekommen sind. Hier sind auch aufgrund der instabilen Compliance kürzere Betreuungsabstände und Kontrollen sinnvoll. Dafür kann der Arzt sich die asymmetrische Beziehung zum Patienten zu Nutzen machen, da der devotionale Patient die angesetzten Termine immer wahrnehmen würde und im Sinne der offenen Berichterstattung (s. Kap. 4.2.6) den Status der Therapietreue berichten würde.

5.2 Stärken und Limitationen

Die wesentliche Stärke dieser Arbeit ist die umfangreich beschriebene Perspektive des älteren multimorbiden Patienten. Dabei konnten die facettenreichen Patientenperspektiven und deren Präferenzen herausgearbeitet werden. Ein besonderer Vorteil ist, dass der ältere, multimorbide Patient als ein Phänomen beschrieben wurde, da das Krankheitsmanagement von mehreren chronischen Erkrankungen im Alter eine besondere Herausforderung ist. Dieser Umstand geht verloren, wenn der Fokus nur auf einer der Erkrankungen liegt.

Eine weitere Stärke ist, dass Ressourcen aus der Teilnehmerperspektive erfasst wurden. Erstmals wurden in Deutschland ältere, multimorbide Patienten nach ihren Möglichkeiten befragt, wie sie die A-P-I nach ihren eigenen Bedürfnissen gestalten können.

Eine Limitation dieser Arbeit ist, dass die Ergebnisse zwar sehr detailliert die Perspektive des älteren, multimorbiden Patienten beschreibt, aber diese lassen sich nicht generalisieren. Es wurden nur Patienten in Halle (Saale) Stadt befragt. Dabei blieb das Umland außen vor. Hier ist anzunehmen, dass aufgrund der Infrastruktur ggf. unterschiedliche Präferenzen und Kompetenzen vorhanden sind. Hier wäre eine Ausweitung der Befragung auf verschiedene Regionen in Deutschland sinnvoll.

Der ältere, multimorbide Patient ist ein sehr komplexes Phänomen. Hier sind weitere Untersuchungen nötig, um diesem Phänomen gerecht zu werden. Dabei sollten weitere Perspektiven berücksichtigt werden, wie die ärztliche Perspektive und die Perspektive der Pflerschaft.

Eine weitere Limitation ist durch das qualitative Design bedingt. Zwar lassen sich Phänomene mit einem großem Umfang und Detaillierungsgrad beschreiben, die Ergebnisse können aber nur beschreibend sein. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um Aussagen über die Verteilung der Patiententypen in der Allgemeinbevölkerung treffen zu können. Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Kontext sind Aussagen über die Trennschärfe der Patiententypen. Eine Kernfrage wäre hier, wie lassen sich zuverlässig für den ärztlichen Alltag die Patiententypen identifizieren und sich die Gesprächsführung entsprechend danach ausrichten.

6. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 26 ältere, multimorbide Patienten mittels teilstandardisierter Interviews zu ihren kommunikativen Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen hinsichtlich der Arzt-Patienten-Interaktion befragt. Die transkribierten Interviews wurden nach dem Forschungsparadigma der Grounded Theory analysiert. Bei der Analyse konnten zwei Patiententypen identifiziert werden, die ein unterschiedliches Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung haben und deshalb verschiedene Präferenzen in der Arzt-Patienten-Interaktion aufweisen.

Der erste Patiententyp, der des devotionalen Patienten legt, der Interaktion mit dem Arzt eine asymmetrische Beziehung zugrunde, welche mit einem passiven Rollenverständnis verbunden ist. Er bringt dem Arzt blindes Vertrauen entgegen, hat ein einfaches Krankheitsverständnis und ist an der konkreten Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen interessiert, da ihn zu viele Informationen verunsichern. Für diesen Patienten ist es Tabu, den Arzt infrage zu stellen und er sieht keine Möglichkeit, die Interaktion aktiv nach seinen Bedürfnissen zu gestalten. Stattdessen legt der devotionale Patient den Fokus auf die Umsetzung der Anweisungen des Arztes. Die Konsequenz ist, dass er generell zufrieden mit der ärztlichen Interaktion ist, da Unzufriedenheit ein infrage stellen impliziert. Dieses Rollenverständnis geht mit einer Entlastungsfunktion einher, da die Verantwortung sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen abgegeben wird. Therapeutischen Maßnahmen werden nicht umgesetzt, wenn sie nicht zu den Lebensgewohnheiten des Patienten passen. Diese Form der Incompliance wird aufgrund des geringen Krankheitsverständnisses häufig nicht als Verstoß wahrgenommen, weshalb die Compliance instabil ist.

Der zweite Patiententyp, der des fordernden Patienten, legt der Interaktion mit dem Arzt eine symmetrische Beziehung zugrunde, in der partnerschaftlich Lösungen erarbeitet werden, die medizinisch fundiert und an die Lebenswelt des Patienten adaptiert sein sollen. Ihn kennzeichnet ein elaboriertes Krankheitsverständnis, da er sich intensiv mit seinen Erkrankungen, deren Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzt. Konstituierend für diesen Patiententyp ist, dass er in den gesamten Behandlungsprozess einbezogen werden möchte und die Interaktion mit dem Arzt aktiv nach seinen Bedürfnissen gestaltet. Vertrauen wird vom fordernden Patienten langsam aufgebaut und die Beziehung zum Arzt bei Nichterfüllung der Erwartungen abgebrochen. Gleichzeitig entsteht eine stabile Compliance bei Erfüllung der Erwartungen. In der gesamten Interaktion erwartet der fordernde Patient umfangreiche Offenheit vom Arzt.

Weiter konnte gezeigt werden, dass der Patiententyp des devotionalen Patienten mit einem niedrigen Sozialstatus und der Patiententyp des fordernden Patienten mit einem hohen Sozialstatus assoziiert zu sein scheint. Die Analyse der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung zeigt: der devotionale Patient ist eher der Subskala „Bedrohungsabwehr“ zu zuordnen. Er verhindert

durch positives Denken eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Im Gegensatz steht der Patiententyp des fordernden Patienten mit der Subskala „Suche nach Information und Erfahrungsaustausch“ im Zusammenhang. Zentral ist hier die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, um diese durch selbstständig eingeholte Informationen zu verstehen. Damit bestätigen die Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung die Unterscheidung der beiden Patiententypen.

Diese Arbeit verdeutlicht, wie wichtig es im ärztlichen Gespräch ist, die unterschiedlichen Grundbedürfnisse des jeweiligen Patiententypus zu berücksichtigen, da ältere, multimorbiden Patienten unterschiedliche kommunikative Präferenzen und Kompetenzen besitzen. Im Sinne einer adaptiven Gesprächsführung ist es die Aufgabe des Arztes auf die Bedürfnisse des fordernden und devotionalen Patienten individuell einzugehen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass beim devotionalen Patienten in der Interaktion ein Fokus auf einer klaren, einfachen Sprache und konkreter Handlungsanweisungen liegen sollte. Zu detaillierte Informationen sind eher hinderlich und verunsichern den Patienten. Weiterer Fokus sollte die Befähigung des devotionalen Patienten sein, sich mehr in die Interaktion einzubringen, um Bedürfnisse explizit äußern zu können. Voraussetzung ist, dass er die Erlaubnis vom Arzt erhält, da dieses Verhalten stark von seinem Rollenverständnis abweicht. Begrenzt wird diese Befähigung jedoch durch sein Rollenverständnis als Patient, da er die Verantwortung an den Arzt abgeben möchte. Dann gilt es für den Arzt dieses Bedürfnis zu respektieren, dem Patienten Entscheidungen abzunehmen und genau über seine Aufgaben zu informieren. Wegen der Tendenz Fragen mit Ja zu beantworten sind Lernkontrollfragen in der Interaktion wichtig, um zu überprüfen, ob die relevanten Informationen angekommen sind. Aufgrund der instabilen Compliance sind kürzere Betreuungsabstände und Kontrollen sinnvoll, um die Compliance zu erhöhen. Dafür kann der Arzt sich die asymmetrische Beziehung zum Patienten zu Nutzen machen, da der devotionale Patient die angesetzten Termine immer wahrnehmen und im Sinne der offenen Berichterstattung den Status der Therapietreue berichten würde.

Beim fordernden Patienten sollte der Fokus in der Interaktion auf einer umfangreichen Aufklärung des Patienten liegen und er sollte in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, da er sonst die Mitarbeit des Patienten verliert. Wichtig ist ein offener Gesprächsstil, was bedeutet, dass alle Themen offen und in vollem Umfang besprochen werden und der Arzt offenlegt, was eine gesicherte Erkenntnis und was eine Vermutung bzw. Annahme ist. Da der fordernde Patient ein elaboriertes Krankheitsverständnis besitzt und therapeutische Maßnahmen an seine Bedürfnisse und seinen Alltag selbstgesteuert anpasst, sind hier weniger engmaschige Kontrollen wichtig als vielmehr eine Begleitung und Beratung des Patienten. Hier kann der Arzt die Kompetenzen des fordernden Patienten nutzen: die Gesprächsvorbereitung des Patienten und sein Informationsbedürfnis.

Literatur

1. Bohnsack R (1995) Interaktion und Kommunikation. In: Korte H, Schäfers B (Hrsg) Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie, 3. verbesserte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
2. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD (1996) Menschliche Kommunikation: [Formen, Störungen, Paradoxien], 9., unveränd. Aufl. Huber, Bern.
3. Hartung M (2004) Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten: Kategorien und systematischer Überblick. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hrsg) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Lang, Frankfurt a.M.
4. Habermas J (1983) Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M.
5. Schulz von Thun F (2018) Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation, 55. Auflage, Originalausgabe. Rororo, vol 17489. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
6. Kuhlmeiy A (2009) Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen: Im Spiegel des neuen Sachverständigenratsgutachtens (Special care requirements of elderly and old people: as reflected in the new Council of Experts Report). Z Gerontol Geriatr 42(6): S. 425–431.
7. Naegele G (2009) Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen (Perspectives for professionally sufficient and adequate care of ageing patients). Z Gerontol und Geriatr 42(6): S. 432–440.
8. Kutscher P (2011) Ältere Patienten - Spezielle Anforderungen. Dt Ärztebl 208(6): S. A293-A294.
9. Hibbeler B (2013) Stationäre Behandlung - Der alte Patient wird zum Normalfall. Deutsches Ärzteblatt 110(21): S. A1036-A2037.
10. Deppermann A (2004) Gesprächskompetenz – Probleme und Herausforderungen eines möglichen Begriffs. In: Becker-Mrotzek M, Brünner G (Hrsg) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Lang, Frankfurt a.M.
11. Becker-Mrotzek M, Brünner G (eds) (2004) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Forum angewandte Linguistik, vol 43. Lang, Frankfurt a.M.
12. Mead N, Bower P (2002) Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Educ Couns 48(1): S. 51–61.
13. Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Deutsches Ärzteblatt 104(21): S. A1483-A1488.

14. Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, Sussman J, Brouwers M (2009) Clinician-patient communication: a systematic review. *Support Care Cancer* 17(6): S. 627–644.
15. Baile WF, Aaron J (2005) Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol* 17(4): S. 331–335.
16. Austin JL, Savigny Ev (2010) Zur Theorie der Sprechakte: (How to do things with words), Bibliogr. erg. Ausg., [Nachdr.]. Reclams Universal-Bibliothek, vol 9396. Reclam, Stuttgart.
17. Nutbeam D (2008) The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 67(12): S. 2072–2078.
18. Farin-Glattacker E (2011) Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronisch Kranken: Geschlechts- und altersspezifische Präferenzen von Patientinnen und Patienten (PaBeKo). Abschlussbericht zum Projekt. http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/schlussbericht_pabeko_final.pdf. Accessed 13 Aug 2019.
19. Schmidt E, Gramm L, Farin E (2012) Kommunikationspräferenzen chronischer Rückenschmerzpatienten in der medizinischen Rehabilitation. *Schmerz* 26(1): S. 69–76.
20. Seliger K (2006) Compliance. In: Rockenbach, K., Decker, O., Stöbel-Richter, Y. (Hrsg) *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Pabst, Lengerich, Seiten41–51.
21. Gu L, Deng J, Xu H, Zhang S, Gao M, Qu Z, Zhang W, Tian D (2019) The impact of contract service policy and doctor communication skills on rural patient-doctor trust relationship in the village clinics of three counties. *BMC Health Services Research* 19(1): S. 187.
22. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA (2012) Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Educ Couns* 89(1): S. 57–62.
23. Jünger J (ed) (2018) *Ärztliche Kommunikation: Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Schattauer, Stuttgart.
24. Egger B (2007) Kommunikationsfähigkeit und Kommunikationskompetenz muss ärztliche Kernkompetenz sein. In: AOK-Bundesverband (Hrsg) *Erfolgsfaktor Kommunikation: Potentiale für eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung*. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, Seiten9–13.
25. Lehmann C, Koch U, Mehnert A (2009) Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten: Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 59(7): S. 27.
26. Chen C-H, Wu J-R, Yen M, Chen Z-C (2007) A model of medication-taking behavior in elderly individuals with chronic disease. *J Cardiovasc Nurs* 22(5): S. 359–365.

27. Scala D, Cozzolino S, D'Amato G, Cocco G, Sena A, Martucci P, Ferraro E, Mancini AA (2008) Sharing knowledge is the key to success in a patient-physician relationship: how to produce a patient information leaflet on COPD. *Monaldi Arch Chest Dis* 69(2): S. 50–54.
28. Altiner A, Schafer I, Mellert C, Loffler C, Mortsiefer A, Ernst A, Stolzenbach C-O, Wiese B, Scherer M, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H (2012) Activating GENERAL practitioners dialogue with patients on their Agenda (MultiCare AGENDA) study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 13: S. 118.
29. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA (2005) Assessing Medication Adherence in the Elderly. *Drugs Aging* 22(3): S. 231–255.
30. Stavropoulou C (2011) Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Educ Couns* 83(1): S. 7–13.
31. Amelung D, Whitaker KL, Lennard D, Ogden M, Sheringham J, Zhou Y, Walter FM, Singh H, Vincent C, Black G (2019) Influence of doctor-patient conversations on behaviours of patients presenting to primary care with new or persistent symptoms: a video observation study. *BMJ Qual Saf*: S. 1–11.
32. Slatore CG, Cecere LM, Reinke LF, Ganzini L, Udris EM, Moss BR, Bryson CL, Curtis JR, Au DH (2010) Patient-clinician communication: associations with important health outcomes among veterans with COPD. *Chest* 138(3): S. 628–634.
33. Heisler M, Cole I, Weir D, Kerr EA, Hayward RA (2007) Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the Health and Retirement Study (HRS). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 62(12): S. 1435–1442.
34. van Overveld, L F J, Takes RP, Turan AS, Braspenning JCC, Smeele LE, Merckx MAW, Hermens, R P M G (2018) Needs and preferences of patients with head and neck cancer in integrated care. *Clin Otolaryngol* 43(2): S. 553–561.
35. Lee Y-Y, Lin JL (2011) How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient Educ Couns* 85(3): S. 406–412.
36. Huffman KM, Hall KS, Sloane R, Peterson MJ, Bosworth HB, Ekelund C, Pearson M, Howard T, Pieper CF, Morey MC (2010) Is diabetes associated with poorer self-efficacy and motivation for physical activity in older adults with arthritis? *Scand J Rheumatol* 39(5): S. 380–386.
37. Rose V, Harris M, Ho MT, Jayasinghe UW (2009) A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. *Patient Educ Couns* 77(2): S. 260–265.
38. Lin MP, Probst MA, Puskarich MA, Dehon E, Kuehl DR, Wang RC, Hess EP, Butler K, Runyon MS, Wang H, Courtney DM, Muckley B, Hobgood CD, Hall CL, Kline JA (2018)

- Improving perceptions of empathy in patients undergoing low-yield computerized tomographic imaging in the emergency department. *Patient Educ Couns* 101(4): S. 717–722.
39. Klöckner Cronauer C (2013) How physician affective communication skills are related to patient characteristics and outcomes: Empathy and self-awareness in the spotlight. Dissertation, University of Neuchatel.
 40. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, Gonnella JS (2012) The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med* 87(9): S. 1243–1249.
 41. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff H (2007) Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 69(1-3): S. 63–75.
 42. Schröder C (2006) Ärztliche Aufklärung bei infauster Prognose und schlechten Nachrichten. In: Rockenbauch, K., Decker, O., Stöbel-Richter, Y. (Hrsg) *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Pabst, Lengerich.
 43. Cripe LD, Frankel RM (2017) Dying From Cancer: Communication, Empathy, and the Clinical Imagination. *J Patient Exp* 4(2): S. 69–73.
 44. Biglu M-H, Nateq F, Ghojzadeh M, Asgharzadeh A (2017) Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction. *Mater Sociomed* 29(3): S. 192–195.
 45. Finney Rutten LJ, Agunwamba AA, Beckjord E, Hesse BW, Moser RP, Arora NK (2015) The Relation Between Having a Usual Source of Care and Ratings of Care Quality: Does Patient-Centered Communication Play a Role? *J Health Commun* 20(7): S. 759–765.
 46. Parker P.A., Baile W.F., de Moor C., Lenzi R., Kudelka A.P., Cohen L. (2001) Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology* 9(7): S. 2049–2056.
 47. Lærum E, Indahl A, Sture Skouen J (2006) What is "the good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *Journal of Rehabilitation Medicine* 38(4): S. 255–262.
 48. Farin E, Gramm L, Kosiol D (2011) Development of a questionnaire to assess communication preferences of patients with chronic illness. *Patient Educ Couns* 82(1): S. 81–88.
 49. Farin E (2010) Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation* 49(05): S. 277–291.
 50. Gramm L, Kosiol D, Opitz U, Farin E (2011) Qualitative Erfassung von Patientenpräferenzen und BehandlerEinstellungen zur Patient-Behandler-Kommunikation: eine Fokusgruppen-Studie. *Z Med Psychol (Zeitschrift für Medizinische Psychologie)* 20(2): S. 76–87.

51. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C (2013) How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns* 90(3): S. 297–306.
52. Arora NK, McHorney CA (2000) Patient Preferences for Medical Decision Making: Who Really Wants to Participate? *Med Care* 38(3): S. 335–341.
53. Krupat E, Stein T, Selby JV, Yeager CM, Schmittiel J (2002) Choice of a primary care physician and its relationship to adherence among patients with diabetes. *Am J Manag Care* 8(9): S. 777–784.
54. Blanch-Hartigan D, Viswanath K (2015) Socioeconomic and sociodemographic predictors of cancer-related information sources used by cancer survivors. *J Health Commun* 20(2): S. 204–210.
55. Aasen EM, Kvangarsnes M, Heggen K (2012) Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit. *Scand J Caring Sci* 26(1): S. 61–69.
56. Bruce-Jones P, Roberts H, Bowker L, Cooney V (1996) Resuscitating the elderly: what do the patients want? *J Med Ethics* 22(3): S. 154–159.
57. Mazzi MA, Rimondini M, van der Zee E, Boerma W, Zimmermann C, Bensing J (2018) Which patient and doctor behaviours make a medical consultation more effective from a patient point of view. Results from a European multicentre study in 31 countries. *Patient Educ Couns* 101(10): S. 1795–1803.
58. Leung JM, Udris EM, Uman J, Au DH (2012) The effect of end-of-life discussions on perceived quality of care and health status among patients with COPD. *Chest* 142(1): S. 128–133.
59. Leung AYM, Cheung MKT, Chi I (2014) Relationship among patients' perceived capacity for communication, health literacy, and diabetes self-care. *J Health Commun* 19 Suppl 2: S. 161–172.
60. Deinzer A, Veelken R, Kohnen R, Schmieder RE (2009) Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management? *J Clin Hypertens (Greenwich)* 11(5): S. 266–270.
61. den Ouden H, Vos RC, Reidsma C, Rutten, Guy E H M (2015) Shared decision making in type 2 diabetes with a support decision tool that takes into account clinical factors, the intensity of treatment and patient preferences: design of a cluster randomised (OPTIMAL) trial. *BMC Fam Pract* 16: S. 27.
62. Veldhuijzen W, Mogendorff K, Ram P, van der Weijden T, Elwyn G, van der Vleuten C (2013) How doctors move from generic goals to specific communicative behavior in real practice consultations. *Patient Educ Couns* 90(2): S. 170–176.

63. Allen E-CF, Arroll B (2015) Physician self-disclosure in primary care: a mixed methods study of GPs' attitudes, skills, and behaviour. *Br J Gen Pract* 65(638): S. 8.
64. Brooks JV, Ellis SD, Morrow E, Kimminau KS, Thrasher JB (2018) Patient Factors That Influence How Physicians Discuss Active Surveillance With Low-Risk Prostate Cancer Patients: A Qualitative Study. *Am J Mens Health* 12(5): S. 1719–1727.
65. Dibble JL, Levine TR (2010) Breaking Good and Bad News: Direction of the MUM Effect and Senders' Cognitive Representations of News Valence. *Communication Research* 37(5): S. 703–722.
66. Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH (2006) Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ Couns* 62(3): S. 355–360.
67. DeVoe JE, Wallace LS, Fryer Jr GE (2009) Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: Do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expect* 12(1): S. 70–80.
68. Verlinde E, Laender N de, Maesschalck S de, Deveugele M, Willems S (2012) The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health* 11(1): S. 12.
69. Derrington SF, Paquette E, Johnson KA (2018) Cross-cultural Interactions and Shared Decision-making. *Pediatrics* 142(Suppl 3): S.187-S.192.
70. Fuchs J, Busch MA, Gößwald A, Hölling H, Kuhnert R, Scheidt-Nave C (2013) --Körperliche und geistige Funktionsfähigkeit bei Personen im Alter von 65 bis 79 Jahren in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 56(5-6): S. 723–732.
71. Wild-Wall N, Gajewski P, Falkenstein M (2009) Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. *Z Gerontol Geriat* 42(4): S. 299–304.
72. Zöllig J, Eschen A, Martin M (2010) Lebenslanges Lernen: Vom Gedächtnistraining zum Beratungsansatz des Memory Management. In: Schloffer H, Prang E, Frick-Salzman A (Hrsg) *Gedächtnistraining: Theoretische und praktische Grundlagen - Mit 18 Abbildungen und 5 Tabellen.* Springer, Heidelberg, Seiten4–12.
73. Schumacher V, Martin M (2011) Psychologie der Hochaltrigkeit: Kognitive Entwicklung im hohen Alter. In: Petzold HG, Horn E, Müller L (Hrsg) *Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit.* Springer Fachmedien, Wiesbaden.
74. Kray J, Schaefer S (2012) Mittlere und späte Kindheit. In: Schneider W, Lindenberger U (Hrsg) *Entwicklungspsychologie, 7th edn.* Beltz Verlag, Weinheim, Basel, Berlin, Seiten211–234.
75. Sieber CC (2007) Der ältere Patient – wer ist das? *Internist* 48(11): S. 1190–1194.
76. Walter U, Schneider N, Bisson S (2006) Krankheitslast und Gesundheit im Alter. Herausforderungen für die Prävention und gesundheitliche Versorgung (Morbidity and health in

- old age. A challenge for prevention and health care). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49(6): S. 537–546.
77. Goede V, Hallek M (2007) *Altere Patienten in klinischen Studien: Neue fitnessadaptierte Konzepte* (Elderly patients in clinical trials: new fitness-adapted concepts). *Internist (Berl)* 48(11): S. 1232–1237.
 78. Leonhardt C, Laekeman M (2010) *Schmerz und Bewegungsangst im Alter: Notwendigkeit zur interdisziplinären Herangehensweise*. *Schmerz* 24(6): S. 561–568.
 79. Brockow T, Schulze J, Furst F, Sawatzki R, Wegge J, Kliegel M, Zwingenberger W, Thonges B, Eberhard C, Resch K-L (2009) *Development of the Saxon Health Target "Active aging - aging in health, autonomy, and participation"* (Entwicklung des Sächsischen Gesundheitsziels "Aktives Altern - Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit."). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 52(7): S. 775–788.
 80. Statistisches Bundesamt (2015) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2060-5124202199014.pdf?__blob=publicationFile. Accessed 13 Aug 2019.
 81. Robert-Koch-Institut (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*, Berlin.
 82. Lehr U (2007) *Psychologie des Alterns*, 11., korrigierte Aufl. Quelle & Meyer, Wiesbaden.
 83. Petzold HG, Horn E, Müller L (eds) (2011) *Hochaltrigkeit: Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
 84. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L (2001) *Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging*. *Health Psychology* 20(4): S. 243–255.
 85. Barnes LL, Mendes de Leon, C. F., Wilson RS, Bienias JL, Evans DA (2004) *Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites*. *Neurology* 63(12): S. 2322–2326.
 86. Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (eds) (2009) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Inst, Berlin.
 87. Fuchs J, Busch M, Lange C, Scheidt-Nave C (2012) *Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 55(4): S. 576–586.

88. Bidaut-Russell M, Gabriel SE, Scott CG, Zinsmeister AR, Luthra HS, Yawn B (2002) Determinants of patient satisfaction in chronic illness. *Arthritis Rheum* 47(5): S. 494–500.
89. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware J.E. (1995) Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 33(12): S. 1176–1187.
90. Barnato AE, Arnold RM (2013) The effect of emotion and physician communication behaviors on surrogates' life-sustaining treatment decisions: a randomized simulation experiment. *Crit Care Med* 41(7): S. 1686–1691.
91. Gibney S, Moore T (2018) Older Patients' Views of Health Care Interactions in Ireland. *Health Lit Res Pract* 2(4): e180-e191.
92. Haverfield MC, Giannitrapani K, Timko C, Lorenz K (2018) Patient-Centered Pain Management Communication from the Patient Perspective. *J Gen Intern Med* 33(8): S. 1374–1380.
93. Gibson PG (ed) (1996) *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
94. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A (2012) The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health* 12(1): S. 130.
95. Farin-Glattacker E, Schöpf A, Ullrich A et al. (2014) Abschlussbericht zum Projekt „Entwicklung und Evaluation einer Patientenschulung zur Förderung der Gesundheitskompetenz für chronisch Kranke“ (GeKo). <https://docplayer.org/117436152-Die-geko-schulung-inhalte-und-evaluation-einer-schulung-zur-1-konzeption-der-geko-schulung-zur-foerderung-der-gesundheitskompetenz.html>. Accessed 13 Aug 2019.
96. Schneider A (2014) Moderne Schulungen, moderne Medien: Patient-Empowerment in der heutigen Medizin. *Deutsches Ärzteblatt* 111(37): S. 605–606.
97. Wong CKH, Wong WCW, Lam CLK, Wan YF, Wong WHT, Chung KL, Dai D, Tsui ELH, Fong DYT, Khamseh ME (2014) Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: An Observational Matched Cohort Study. *PLoS ONE* 9(5): S. e95328.
98. Mayring PAE (2013) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Sozialforschung: Ein Handbuch*, 10th edn. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, Seiten 468–485.
99. Glaser BG, Strauss AL (2010) *Grounded Theory: Strategien qualitativer Sozialforschung*, 3rd edn. Hogrefe Verlag, Bern.
100. Stegmüller W (1991) *Das Problem der Induktion: Humes Herausforderung und moderne Antworten*, Reprograph. Nachdr. Vieweg+ Teubner, Wiesbaden.

101. Strübing J (2014) *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
102. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2014) *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*, 4th edn. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.
103. Strauss A, Corbin J (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
104. Breuer F (2010) *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis*, 2nd edn. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
105. Kluge S (2000) Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*(1(1)): Art. 14.
106. Flick U (2002) *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*, 6th edn. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
107. Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden in der DAE der GMDS und der DGSM (1997) *Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien*, Berlin.
108. Glemser A, Heckel C, Heyde Cvd, Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Quitt H (2010) *Demographische Standards: Eine gemeinsame Empfehlung des ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes*, 5., überarb. und erw. Aufl. Statistik und Wissenschaft, vol 17. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
109. Klauer T (1993) *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Handanweisung*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
110. Krohne HW (2007) *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder*
111. Van den Akker et al. (1998) Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence, and Determinants of Co-Occurring Chronic and Recurrent Diseases. *J Clin Epidemiol* 51(5): S. 367–375.
112. Van den Akker et al. (2001) Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 50: S. 95–102.
113. van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske G, Leitner E-C von, Schäfer I, Schön G (2011) Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly?: Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health* 11(1): S. 101.
114. van den Bussche H, Heinen I, Koller D, Wiese B, Hansen H, Schäfer I, Scherer M, Glaeske G, Schön G (2014) Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. *Z Gerontol Geriat* 47(5): S. 403–409.
115. Mason M (2010) Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 11(3).

116. Freud S (1925) Totem und Tabu. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig.
117. Drye BD, Drye EE (2015) Older patients with cardiac devices: the need for better patient-doctor conversations. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 8(1): S. 112–113.
118. Gross SE, Nitzsche A, Gloede TD, Ansmann L, Street R, Pfaff H, Neumann M, Wirtz M, Baumann W, Schmitz S, Ernstmann N (2015) The initial clinical interview--can it reduce cancer patients' fear? *Support Care Cancer* 23(4): S. 977–984.
119. Leischker AH, Kolb GF (2007) Diagnostic and treatment goals in elderly patients (Diagnostik- und Therapieziele beim alten Patienten). *Internist (Berl)* 48(11): S. 1195.
120. Körner M (2012) Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation (PEFiT). http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_endfassung_juni_2012_pefit.pdf. Accessed 13 Aug 2019.
121. Ledford CJW (2011) Contending mediated risk messages: a grounded theory of the physician-patient discussion of a prescription medication's changing risk. *Patient Educ Couns* 83(1): S. 14–21.
122. Stöbel-Richter Y (2006) Gesprächsverlauf. In: Rockenbach, K., Decker, O., Stöbel-Richter, Y. (Hrsg) *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Pabst, Lengerich.
123. Schimank U (2016) *Handeln und Strukturen: Einführung in die akteurtheoretische Soziologie, 5., durchgesehene Auflage*. Grundlagentexte Soziologie. Beltz Juventa, Weinheim, Basel.
124. Dahrendorf R (2006) *Homo Sociologicus: Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle, 16. Auflage*. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, Wiesbaden.
125. Decker O (2006) Ärztin-Patienten-Beziehung. In: Rockenbach, K., Decker, O., Stöbel-Richter, Y. (Hrsg) *Kompetent kommunizieren in Klinik und Praxis*. Pabst, Lengerich.
126. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, Partridge S, McRae L, Martin RE, Jolicoeur G (2019) Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns* 102(3): S. 586–594.
127. Kimberlin C, Assa M, Rubin D, Zaenger P (2001) Questions elderly patients have about on-going therapy: a pilot study to assist in communication with physicians. *Pharm World Sci* 23(6): S. 237–241.
128. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA (2005) Not all patients want to participate in decision making. *J Gen Intern Med* 20(6): S. 531–535.
129. Bundesmann R, Kaplowitz SA (2011) Provider communication and patient participation in diabetes self-care. *Patient Educ Couns* 85(2): S. 143–147.

130. Maly RC, Umezawa Y, Leake B, Silliman RA (2004) Determinants of participation in treatment decision-making by older breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 85(3): S. 201–209.
131. Bergqvist J, Strang P (2019) Breast Cancer Patients' Preferences for Truth Versus Hope Are Dynamic and Change During Late Lines of Palliative Chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 57(4): S. 746–752.
132. Brentel H (1999) Soziale Rationalität: Entwicklungen, Gehalte und Perspektiven von Rationalitätskonzepten in den Sozialwissenschaften. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
133. Herschbach P (2002) Das "Zufriedenheitsparadox" in der Lebensqualitätsforschung - Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? *Psychother Psychosom Med Psychol* 52(3-4): S. 141–150.
134. Koller M, Lorenz W (2002) Surgical decision making and behavior. Social psychology explanations and research perspectives (Chirurgisches Entscheiden und Handeln. Erklärungen und Forschungsperspektiven der Sozialpsychologie). *Chirurg* 73(8): S. 846–854.
135. Perrault EK (2016) Patients' preferences for family medicine physicians' video biographies. *Health Mark Q* 33(4): S. 342–352.
136. Paillaud E, Ferrand E, Lejonc J-L, Henry O, Bouillanne O, Montagne O (2007) Medical information and surrogate designation: results of a prospective study in elderly hospitalised patients. *Age Ageing* 36(3): S. 274–279.
137. Selinger CP, Carbery I, Warren V, Rehman AF, Williams CJ, Mumtaz S, Bholah H, Sood R, Gracie DJ, Hamlin PJ, Ford AC (2017) The relationship between different information sources and disease-related patient knowledge and anxiety in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 45(1): S. 63–74.
138. Selic P, Svab I, Repolusk M, Gucek NK (2011) What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? *BMC Fam Pract* 12: S. 141.
139. Sommerhalder K, Abraham A, Zufferey MC, Barth J, Abel T (2009) Internet information and medical consultations: experiences from patients' and physicians' perspectives. *Patient Educ Couns* 77(2): S. 266–271.
140. Lu X, Zhang R, Wu W, Shang X, Liu M (2018) Relationship Between Internet Health Information and Patient Compliance Based on Trust: Empirical Study. *J Med Internet Res* 20(8): e253.
141. Reichardt C, Gastmeier P (2013) „Patient Empowerment“. *Krankenh.yg.* 08(03): S. 157–164.
142. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S (2007) Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med* 22(6): S. 782–786.

143. Zacharowski K (2015) Patientenautonomie und Aufklärung - Für den Patienten. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 50(3): S. 200–201.
144. Wolf-Braun B, Wilke H-J (2015) Patientenautonomie und Aufklärung - Ethische und rechtliche Aspekte der Aufklärung (Patient autonomy and informed consent - ethical and legal issues). *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 50(3): 202-9; quiz 210.
145. Troschke J von (2004) Krankenrolle. In: Berger U, Brähler E, Strauß B, Troschke J von (Hrsg) *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag, Seiten335–339.
146. Wehkamp K-H, Naegler H (2017) The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 114(47): S. 797–804.
147. Butterworth JE, Campbell JL (2014) Older patients and their GPs: shared decision making in enhancing trust. *Br J Gen Pract* 64(628): e709-18.
148. Moore PJ (2004) Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor-Patient Relationship. *Journal of Health Psychology* 9(3): S. 421–433.
149. Haltaufderheide J, Wäscher S, Bertlich B, Vollmann J, Reinacher-Schick A, Schildmann J (2019) "I need to know what makes somebody tick ...": Challenges and Strategies of Implementing Shared Decision-Making in Individualized Oncology. *Oncologist* 24(4): S. 555–562.
150. Herrmann A, Sanson-Fisher R, Hall A (2019) Not having adequate time to make a treatment decision can impact on cancer patients' care experience: Results of a cross-sectional study. *Patient Educ Couns*: S. 1–4.
151. Hoebel J, Rattay P, Prütz F, Rommel A, Lampert T (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. *PLoS ONE* 11(5): e0155982.
152. Guadagnoli E, Ward P (1998) Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine* 47(3): S. 329–339.

Thesen

1. Die Wahrnehmung älterer, multimorbider Patient auf die Arzt-Patienten-Interaktion lässt sich in zwei unterschiedliche Patiententypen einteilen: den devotionalen Patienten und den fordernden Patienten.
2. Der devotionale Patient definiert die Arzt-Patienten-Interaktion als eine asymmetrische und der fordernde Patient als eine symmetrische Beziehung.
3. Der devotionalen Patient ist durch ein einfaches Krankheitsverständnis, einem großen Vertrauen dem Arzt gegenüber und einem passiven Verhalten in der Interaktion gekennzeichnet.
4. Der fordernde Patient ist durch ein elaboriertes Krankheitsverständnis, dem Wunsch nach Einbindung in den Behandlungsprozess, und einem aktiven Verhalten in der Interaktion gekennzeichnet.
5. Während der Patiententypus des devotionalen Patienten mit einem niedrigen Sozialstatus assoziiert ist, ist der Patiententypus des fordernden Patienten mit einem hohen Sozialstatus assoziiert.
6. Der Patiententypus des devotionalen Patienten ist mit der Subskala Bedrohungsabwehr der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung assoziiert.
7. Der Patiententypus des fordernden Patienten ist mit der Subskala Suche nach Information und Erfahrungsaustausch der Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung assoziiert.
8. Um eine erfolgreiche Interaktion zu gewährleisten, sind im Sinne einer adaptiven Gesprächsführung die kommunikativen Präferenzen und kommunikativen Kompetenzen des jeweiligen Patiententypus in der Interaktion zu berücksichtigen.
9. Um eine stabile Compliance herzustellen, sind bei der Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion beim devotionalen Patienten Schwerpunkte auf klare, eindeutige Handlungsanweisungen und engmaschige Kontrollen zu setzen.
10. Um eine stabile Compliance herzustellen, sind bei der Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion beim fordernden Patienten Schwerpunkte auf umfangreiche Erklärungen und Einbezug in den Entscheidungsprozess zu setzen.

Leitfaden

Leitfaden Patient

Gesprächsbereich	Leitfrage	konkrete Rückfragen
Einstieg in das Thema	Bitte beschreiben Sie Ihr letztes Gespräch mit einem Arzt!	
Krankheitslast	Welche chronischen Erkrankungen haben Sie?	Welche Medikamente nehmen Sie ein?
Einstieg in die kommunikativen Präferenzen	Welche Erfahrungen haben Sie in Gesprächen mit Ärzten gemacht, was das Gesprächsverhalten betrifft?	<ul style="list-style-type: none"> - Ich möchte gerne noch mal auf die Gespräche zurückkommen. - Haben sich die Gespräche mit den Ärzten (im Laufe der Zeit) verändert? - Wie bewerten Sie die Gespräche? - Es gibt hier kein Richtig und kein Falsch! - Manchmal dauert es, bis man sich erinnert, lassen sie sich ruhig Zeit. - Wenn sie sich etwas wünschen, auch wenn es abwegig erscheint, was wäre das? - Was sollte im Gespräch nicht passieren?
Erarbeitung der idealen Arzt-Patienten-Interaktion	Wann sagen sie persönlich, das war ein gutes Gespräch mit einem Arzt?	<ul style="list-style-type: none"> - Warum denken sie, dass sie keinen Einfluss auf das A-P-G haben? - Welche Aspekte beeinflussen ihren persönlichen Gestaltungsspielraum im ärztlichen Gespräch? - Wenn sie etwas machen müssten, damit das Gespräch gut wird/ihren Vorstellungen entspricht, <i>(Ihr Arzt erwartet, dass auch sie Verantwortung übernehmen)</i>, was wäre das?
Mögliche Ressourcen in der Gestaltung der Arzt-Patienten-Interaktion	Was können Patienten dazu beitragen, dass die Gespräche zwischen Arzt und Patient besser werden?	
Ausblick	Was wünschen Sie sich von der nächsten Generation von Ärzten?	

Leitfaden Patient

1. Welchen **Beruf** haben/hatten Sie?

Ich bin/war mithelfende/r Familienangehörige/r

Ich bin/war Arbeiter, und zwar...

- ungelernt
- angelernt
- Facharbeiter/in
- Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in
- Meister/in, Polier/in, Brigadier/in

Ich bin/war Angestellter, und zwar...

- mit ausführender Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Kontorist/in, Datentypist/in)
- mit einer Tätigkeit, die ich nach Anweisung erledige (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in)
- mit selbstständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in, bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis)
- mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes)

Ich bin/war selbstständige/r Landwirt/in bzw. Genossenschaftsbauer/bäuerin...

- mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche bis unter 10ha
- mit einer landwirtschaftlich genutzten Fläche von 10 und mehr ha
- Genossenschaftsbauer/-bäuerin (ehemals LPG)

Ich bin/war Akademiker/in in freiem Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in u.ä.) und habe/hatte...

- keine weiteren Mitarbeiter/innen und Partner/innen
- 1 bis 4 Mitarbeiter/innen und Partner/innen
- 5 und mehr Mitarbeiter/innen und Partner/innen

Ich bin/war selbstständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie Dienstleistung, bzw. PGH-Mitglied und habe/hatte...

- keine weiteren Mitarbeiter/innen und Partner/innen
- 1-4 Mitarbeiter/innen und Partner/innen
- 5 und mehr Mitarbeiter/innen und Partner/innen
- PGH-Mitglied

Ich bin/war Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in, und zwar...

- Beamter/in im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister/in)
- Beamter/in im mittleren Dienst (von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)
- Beamter/in im gehobenen Dienst (von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin)
- Beamter/in im höheren Dienst, Richter/in (von Rat/Rätin aufwärts)

Leitfaden Patient

2. Welchen höchsten allgemeinbildenden **Schulabschluss** haben Sie?

- Ich bin von der Schule abgegangen ohne Volks- oder Hauptschulabschluss
- Ich habe den Volksschul- oder Hauptschulabschluss
- Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8. Klasse (POS 8)
- Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (POS 10)
- Ich habe die Fachhochschulreife
- Ich habe die die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur(POS oder Gymnasium)
- Ich habe einen anderen Schulabschluss (bitte eintragen) _____

3. Welchen **beruflichen Ausbildungsabschluss** haben Sie?

- Ich habe keinen beruflichen Abschluss
- Ich habe eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Ich habe eine beruflich-schulische Berufsausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen
- Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Ich habe einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss
- Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss (bitte eintragen) _____

Soziodemographie

Alter (in Jahren):

Geschlecht: weiblich männlich

Staatsangehörigkeit: Deutsch Andere (bitte eintragen): _____

Familienstand: Verheiratet
 Ledig
 Geschieden
 Verwitwet

Sind die privat oder gesetzlich Krankenversichert?

- privat
- gesetzlich

Transkriptionsregeln

- Wörtliche Transkription
- Sprache glätten, kein Dialekt, an Schriftdeutsch annähern
- Satzform beibehalten mit syntaktischen Fehlern
- Interpunktion glätten und Sinneinheiten bilden
- Wortabbrüche und Stottern glätten, außer sie dienen der Betonung, aber abgebrochene Sätze transkribieren und mit „/“ beenden
- Deutliche Überlegungs- Pausen durch Auslassungspunkte in Klammern markieren „(...“
- Besonders betonte Wörter unterstreichen
- Ähs, hmhs nicht transkribieren, außer als einzige zustimmende oder ablehnende Antwort
- Lautäußerungen, wie „hmh“, „aha“ des Nicht-Sprechenden nicht transkribieren, außer sie unterbrechen den Redefluss, dann in „/hmh/“
- Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person (lachen, seufzen) in Klammern
- Unverständliche Wörter mit (unv.) kennzeichnen und mit Zeitmarke versehen, vermuteter Wortlaute mit einem Fragezeichen versehen
- Leerzeile zwischen Sprecherwechsel, Zeitmarke nach jedem Sprecherwechsel
- Orte, Namen sind pseudonomisiert

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Halle (Saale), den

Olaf Martin

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Halle (Saale), den

Olaf Martin

Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name	Olaf Martin
Geburtsdatum und Geburtsort	23.07.1978 in Mainz
Familienstand	geschieden, vier Kinder

Beruflicher Werdegang

Seit 06.2014	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
09/2011– 05/2014	Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Department für Psychische Gesundheit, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Leipzig.

Veröffentlichungen

1. Baerwalde T, Gebhard B, Hoffmann L, Roick J, **Martin O**, Neurath AL, Fink A (2019): Development and psychometric testing of an instrument for measuring social participation of adolescents: study protocol of a prospective mixed methods study. *BMJ Open* 2019;0:e028529. doi:10.1136/bmjopen-2018-028529
2. Fink A, **Martin O** (2018): Wir können gemeinsam klären, wie wir vorgehen. In: Jünger J (Hrg.:.) *Ärztliche Kommunikation*. Schattauer. Stuttgart: S. 34-40.
3. Hoffmann, L., Buchenauer, L., Schumann, N., Schröder, S. L., **Martin, O.**, & Richter, M. (2018): Improving Rehabilitative Care of Methamphetamine Users in Germany: The Expert's Perspective. *Qualitative Health Research*, 1049732318792504. <https://doi.org/10.1177/1049732318792504>

4. **Martin O**, Fink A, Richter M (2017): Kommunikative Fähigkeiten mit E-Learning – Ergebnisse der Evaluation eines Blended-Learning-Konzeptes. *Medizinische Welt* 2017; 67: 11–16.
5. Schröder SL, **Martin O**, Mlinarić M, Richter M (2017). „Das liegt an jedem selbst“ – Eine qualitative Studie zu Versorgungsungleichheiten aus Patientensicht. *Gesundheitswesen* (online first). DOI: doi: 10.1055/s-0043-122231
6. Schröder SL, Fink A, Hoffmann L, Schumann N, **Martin O**, Frantz S, Richter M(2017): Socioeconomic differences in the pathways to diagnosis of coronary heart disease: a qualitative study. *Eur J Public Health*; 27(6):1055-1060. doi: 10.1093/eurpub/ckx147
7. **Martin O**, Rockenbauch K, Kleinert E, Stöbel-Richter Y (2016): Aktives Zuhören effektiv vermitteln. *Der Nervenarzt*, doi:10.1007/s00115-016-0178-x.
8. Cämmerer J, **Martin O**, Rockenbauch K (2016). Learning Doctor-Patient Communication - Evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students point of view. *GMS Journal for Medical Education*, 33(3): Doc43
9. Kleinert E, **Martin O**, et al. (2015): Parenting decisions and motives for and against having children among non-heterosexuals with regard to negative experiences, acceptance and internalized stigma, including a third gender. *Journal of Sex Research*.
10. Hähnel T, Lippmann M, Wahnelt S, **Martin O**, et al.(2013): „... statt um Fakten und abstrakte Prozesse ging es mal um uns.“ – Lehr-Lern-Projekt für Medizinstudenten in Sachsen. *HDS Journal*, 3, 39-48.
11. Rockenbauch K, Kleinert E, Zenger M, **Martin O**, Stöbel-Richter Y (2012): Das Erlernen kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium - das Leipziger Curriculum. *HDS Journal*, 1, 36-38.
12. Rockenbauch K, **Martin O**, et al. (2011): Kommunikation in der Medizin. Übungen zum Arzt-Patienten-Gespräch. DVD mit Booklet. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Vorträge

1. **Martin O**, et al. (2018): Psychosomatische Herausforderungen des älteren, multimorbiden Patienten in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Eine explorative Studie zu Präferenzen und Kompetenzen aus Patientensicht. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
2. **Martin O**, et al. (2018): Kommunikative Fertigkeiten mit E-Learning. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
3. **Martin O**, Rathmann K (2016): Der ältere, multimorbide Patient. Eine explorative Studie zu Präferenzen und Ressourcen in der Arzt-Patienten-Interaktion aus Patientensicht. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie
4. **Martin O**, Rathmann K (2015): Präferenzen und Kompetenzen älterer, multimorbider Patienten (PräKäP) in der Arzt-Patienten-Interaktion: Eine qualitative Untersuchung. Gesundheitswesen 2015; 77 - A345.
5. **Martin O**, Fink A (2015): Kommunikative Fertigkeiten mit E-Learning? Gesundheitswesen 2015; 77 - A166.
6. **Martin O**, Fink A (2015): Kommunizieren lernen mit eLearning und audiovisuellen Medien. Vortrag beim Workshop der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Leipzig. S226.
7. **Martin O** (2014): Lernen am gesundheitsrelevanten Verhalten. Honorar-Vortrag an der Hochschule Zittau/Görlitz. Fakultät Management und Kulturwissenschaften, Management im Gesundheitswesen.
8. **Martin O**, et al. (2011): Vermittlung von Gesprächsführung im Medizinstudium – Haltung- oder Technikorientiert. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. München.