

6 Sprechstunde – Zuhören ist die Seele des Gesprächs

›Ist aber Menschlichkeit, als Realität und als Ideal, ein Ausgangspunkt – oder ein Ziel?«

J. Berger 1967 (1)

Bekanntlich »...machen drei Dinge die Medizin: die Krankheit, der Kranke und der Arzt« (Hippokrates) (2). Ausgangspunkt und Herzstück der Medizin ist die Sprechstunde. Hier berichtet der Patient über seine Beschwerden, seine Sorgen, Ängste und Befürchtungen, hier hört der Arzt dem Patienten zu, hakt nach, stellt ergänzende Fragen und untersucht den Patienten, um sich selbst ein Bild über Ernsthaftigkeit oder Lästigkeit der geklagten Symptome zu verschaffen. Das Gespräch zwischen Patient und Arzt steht im Zentrum einer humanen Medizin. Die Zeit, die man als Arzt hier investiert, zahlt sich doppelt und dreifach aus und schafft die Grundlage für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis (3-12). Die im Arzt-Patienten-Gespräch festgestellten Beschwerden und erhobenen Befunde bilden sowohl den Ausgangspunkt für gezielte weitere diagnostische Untersuchungen als auch die Basis für gemeinsame Diskussionen über Therapieoptionen und Präferenzen und bereiten eine gemeinsame Entscheidungsfindung vor (13-15). Sieht man von der Situation des bewusstlosen Patienten ab, in der das Sprechen, gemeinsames sprechendes Abwägen von Handlungsoptionen nicht möglich ist und in der der Arzt stellvertretend für den vital gefährdeten Patienten handeln muss, sowie von der Situation des sterbenden Patienten, in der vonseiten des Arztes alles gesagt ist, sich aus dem Sprechen keine Handlungen mehr ergeben und nur noch das tröstende ›Da-sein‹ wichtig ist (16), so stellt das Arzt-Patienten-Gespräch das Herzstück der Therapie dar.

In seinem Buch ›Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch‹ (17) unterscheidet Linus Geisler neun Schritte zum erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient. Am Leitfaden dieser neun Schritte (siehe Tab. 6.1), jedoch mit eigenen Akzenten und Gewichtungen, will ich nachfolgend persönliche Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs und zur Bedeutung der Sprechstunde in der ärztlichen Praxis darstellen.

Tabelle 6.1:

9 Schritte zum erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient (aus Leiß (40), modifiziert nach Geisler (17f))

		Selbstkritische Fragen:
1. Fähigkeit zur Selbstkritik		Ist das Gespräch befriedigend? Ist es belastend? Macht es aggressiv? Schales Gefühl?
2. sich selbst zuhören		Ist meine Fragetechnik adäquat? Verwende ich Man-Appelle, ja-aber-Formulierungen, Killerphrasen u.a.m.? Wird Gespräch der Zielsetzung gerecht?
3. den Gesprächsrahmen optimal gestalten		Unterbrechungen durch Mitarbeiter, Telefon, Gegensprechanlage u.a.m.? Ist der Ort des Gesprächs adäquat? Stimmen Distanz und Sitzordnung? Zeitdruck? Stimmt das Gesprächsklima?
4. aktives Zuhören lernen		Falle ich dem Patienten ins Wort? Gehe ich mit Gesprächspausen richtig um? Bin ich voll konzentriert? Achte ich auf nonverbale Kommunikation?
5. alle Botschaften einer Nachricht erkennen		Was ist die Hauptbotschaft? Sachinhalt? Selbstoffenbarung? Beziehung? Appell? Höre ich auf allen Ohren gleich gut? Sind neben der expliziten auch implizite Botschaften enthalten?
6. Fähigkeit zur Empathie		Habe ich dominantes Rollenverständnis? Überbetone ich "emotionale Neutralität"? Versetze ich mich wirklich in die Lage des Patienten? Kann ich Gefühle des Patienten nachempfinden? Empfinde ich das Gespräch als "echt"?
7. fragen lernen, zum Fragen anhalten		Gesprächseröffnung mit offenen Fragen? Wie oft Präzisierung mit W-Fragen? Verwende ich ungeeignete Fragetechniken (Suggestiv-, Doppel-, Wertungsfragen?) Stellt der Patient Fragen? Warum? Warum jetzt? Warum wiederholt? Halte ich den Patienten zum Fragen an?
8. Gespräche als geschlossenes Ganzes führen		Hat das Gespräch 4 Phasen: Eröffnung, Adaptation, Thematisierung u. Abschluss?

	Ist die Kombination von Zuhören, Fragen und (seltenem) Intervenieren optimal? Ordne ich verbale und nonverbale Mitteilungen richtig ein? Gesprächsbilanz?
9. eine gemeinsame Wirklichkeit aufbauen	Glaube ich, dass es nur eine (absolute, objektive) Wirklichkeit gibt? Wie wirklich ist die eigene, subjektive Wirklichkeit? Bin ich bereit, die subjektive Wirklichkeit des Patienten zu ergründen? Mit ihm in einem gemeinsamen Bezugssystem zu kommunizieren?

6.1 Erster Schritt: Fähigkeit zur Selbstkritik

»Zuerst die Hauptsache. Die Hauptsache ist – wie fast immer bei Hauptsachen – keine Sache, sondern eine Einstellung, eine Haltung, Erst wenn man die Einstellung ändert, offenbart sich etwas Wesentliches.« (Alexander Mitscherlich) (18). Der erste Schritt zu einem erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient liegt in der kritischen Reflexion meiner Einstellung als Arzt zu Stellenwert, Bedeutung und Funktion des ärztlichen Gesprächs (3-12). Welche Art von Medizin praktiziere ich? Bin ich naturwissenschaftlich orientiert, betreibe ich »eine Medizin für Körper ohne Seelen« und lasse andere »eine Medizin für Seelen ohne Körper« praktizieren (19-21)? Welchen Stellenwert haben Apparate und Geräte in meiner Medizin? Verstecke, verschanze ich mich hinter meinem Ultraschallgerät oder stehe ich über meinen Geräten? Wie wichtig ist mir das Gespräch mit dem Patienten? Kann ich auch über schwierige Themen wie Tod oder Sexualität offen mit dem Patienten reden (22-25) – oder sind mir solche Themen zu heikel, zu unangenehm? Blende ich solche Themen aus, lasse ich andere darüber reden? Bilde ich mich zu Aspekten der Kommunikation ähnlich fort wie zu fachlichen Themen?

Die Marburger Soziologin Christina Schachtner beschreibt in ihrem Buch »Ärztliche Praxis – die gestaltende Kraft der Metapher« (26) verschiedene Schlüsselmetaphern, mit denen Ärzte ihr Selbstverständnis und ihr Verständnis von der Medizin, die ihnen am Herzen liegt, beschreiben (Tab. 6.2). Es lohnt sich, selbstkritisch über die eigene Schlüsselmetapher und ihre Metamorphose im Laufe der Berufstätigkeit (27) nachzudenken und herauszubekommen, welche Bedeutung das Gespräch mit dem Patienten im Kontext meiner Schlüsselmetapher hat. Bemühe ich mich, ein guter Arzt zu sein (28,29)? Wie sehe ich den Patienten, wie ernst nehme ich den Patienten? Ist mein Arzt-Patienten-Verhältnis von einer paternalistischen Sichtweise geprägt (30-33)? Sehe ich mich mehr als sachlichen

Anwalt, als Berater des mündigen Patienten (16)? Bin ich an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten (*shared decision making*) interessiert (14,32-34; Tab. 6.3)? Wie fremd ist mir die Rolle des anteilnehmenden Begleiters bei Krebserkrankungen und beim Sterben (23), wo es keine kausale Therapie mehr gibt?

Tabelle 6.2:

Schlüsselmetaphern, nach denen Ärzte ihre Praxis beschreiben
(nach Schachtner (26))

- Retter- und Heilermetapher
 - Übel fernhalten oder beseitigen
 - aus Gefahrenzone herausholen
- Strukturmetapher
 - Ablehnung von Struktur
 - strukturorientiertes Handeln
- Prozeßmetapher
 - im Zeichen des Anfangs
 - Entwicklung fördern und begleiten
- Beziehungsmetapher
 - zwischen Sorge und Bewunderung
 - nach dem Muster eines Geschäfts
 - im Modus Angriff und Verteidigung
 - in Verbindung sein
- Gleichgewichtsmetapher
- Teile-Ganzes-Metapher
- Kontrollmetapher
- Entdeckermetapher

Neben diesen mehr grundsätzlichen Überlegungen zum Stellenwert des ärztlichen Gesprächs in der von mir praktizierten Medizin ist eine zweite selbtkritische Haltung erforderlich, und zwar während jedes einzelnen Gespräches. Dies beinhaltet der zweite Schritt.

6.2 Zweiter Schritt: Sich selbst zuhören zu können

Was ist damit gemeint? Als Gastroenterologe bezeichne ich diesen Gesprächsschritt als Berücksichtigung, als Ernsthören meines Bauchgefühls. Der Kommunikationspsychologe Friedemann Schulz von Thun spricht vom ›inneren Team‹ und der ›inneren Ratsversammlung‹ (35), auf dessen bzw. deren Stimmen ich zu achten habe. Wie fühle ich mich bei diesem Gespräch? Sitzt da einer, der mich mit seinen Monologen ›zulabern‹ will, fühle ich mich als seelischer Müllheimer

missbraucht (36)? Wie gut gelingt es mir, hier Flagge zu zeigen, Grenzen zu setzen und den Dialog, das wechselseitige Gespräch wieder aufzunehmen? Neben der Selbstdarstellung, der Stimmigkeit mit dem eigenen Bauch, geht es auch um eine Feldklärung: Ist das, worüber gesprochen wird, der Situation angemessen? Ist meine Terminologie, meine Sprache für den Patienten verständlich? Ist meine Fragetechnik adäquat und erfolgreich? Höre ich richtig zu? Benutze ich ›Killerphrasen‹, nichtssagende Worthülsen? Wie flexibel kann ich im laufenden Gespräch die Einstellung, die Blende, die Tiefenschärfe ändern? Für die Stimmigkeit des Gesprächs kommt es sehr wesentlich darauf an, wie gut ich zwischen meinem Bauchgefühl einerseits und der Vogelperspektive andererseits wechseln kann. Schulz von Thun hat dies in die beiden Sätze gefasst: »Willst du ein guter Kommunikator sein, dann hör auch in dich selbst hinein!« und »Willst du ein guter Kommunikator sein, dann nimm auch den Systemblick ein!« (35).

Tabelle 6.3:
Charakteristika verschiedener Arzt-Patienten-Verhältnisse (aus Köhle (8))

	Paternalismus	Dienstleistung (informed choice)	Kooperation (shared decision)
Information	Vermittlung	Angebot	Verbindung von Verständnis mit Wissen
Entscheidung	Instruktion	Angebot → Nachfrage → Kontrakt	Vorschlag mit Alternativen → gemeinsame Evaluation → Berücksichtigung von Präferenzen → Aushandlung
Verantwortung	Fremdkontrolle (bis Abhängigkeit)	Selbstkontrolle (bis Autarkie)	gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen (Autonomie)

6.3 Dritter Schritt: den Gesprächsrahmen optimieren

Bei Staatsbesuchen spricht man von einem ›Empfangsorchester‹, vom ›Zeremoniell‹ und davon, dass der ›rote Teppich ausgerollt‹ wird. Als Arzt muss ich zwar

für meine Patienten keinen roten Teppich ausrollen, aber innerlich empfangsbereit muss ich schon sein und zu Begrüßung und Einleitung des Gesprächs sind gewisse Zeremonien, sind habituelle Gepflogenheiten sehr hilfreich (17,37). Leider wird in Klinik und Praxis der Gesprächsrahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs oft nicht ausreichend berücksichtigt. Der Gesprächsrahmen bestimmt aber ganz wesentlich mit, unter welchem ›Stern‹ das Gespräch steht und wie erfolgreich es verläuft. Wie Linus Geisler in seinem Buch (17) betont, gilt es, die Distanzen der vier Raumzonen zu kennen und zu berücksichtigen: die Intimdistanz, die persönliche Distanz (die in verschiedenen Kulturen zwischen einem halben und eineinhalb Metern variieren kann), die gesellschaftliche Distanz und die Ansprachdistanz. Der von Telefonaten, Computermasken, Gegensprechanlagen u.a. ungestörte, geschützte Raum, die Atmosphäre des Sprechzimmers, die Sitzgelegenheiten, die gleiche Augenhöhe, das gesamte ›Setting‹ – all dies hat wesentlichen Einfluss auf das Gelingen des Gesprächs (17,37). Eine persönliche Sprechzimmer-Atmosphäre, häufiger Blickkontakt, ein interessierter Gesichtsausdruck und verständnisvolles Kopfnicken, offene, zum Gespräch ermunternde Fragen und eine verständliche Sprache unter Einbeziehung der Worte des Patienten begünstigen ein Sich-öffnen für psychosoziale Aspekte und Anvertrauen von privaten Details. Ein optimaler Gesprächsrahmen schließt ärztliche Verhaltensmaßnahmen ein, die die Güte und Vollständigkeit der Anamneseerhebung beeinflussen (38,39; siehe Tab. 6.4). Nur dann, wenn der Gesprächsrahmen und das Gesprächsklima stimmen, ist der vierte Schritt möglich.

6.4 Vierter Schritt: Aktives Zuhören

Ärztliche Tätigkeit fängt mit Zuhören an (40). »Zuhören ist die Seele des Gesprächs« (41). Auch während der diagnostischen Abklärung, auch bei Beginn einer medikamentösen Therapie und vor allem bei der Begleitung chronisch kranker Patienten ist Zuhören wesentliches Element ärztlicher Tätigkeit. Zuhören ist etwas anderes als Hören. Geschultes Zuhören, aktives Zuhören bedeutet aufnahmebereite Zuwendung, bedeutet Eingehen auf ein Gegenüber, bewusste Konzentration auf seine Sprache, seinen Dialekt und seine Wortwahl, ein Fühlen seiner Stimme, die Stimmung widerspiegelt, ein Achten auf seine Körpersprache, seine Mimik und Gestik (40). Zum richtigen Zuhören gehört die bewusste Zurückstellung eigener Bedürfnisse und Reaktionen, gehören Aufmerksamkeit, Anerkennung und Bestätigung. Toleranz und Respekt für die Gefühle anderer (wie für unsere eigenen) machen uns fähig, das tiefere Leid herauszuhören, das sich meist hinter der Wut und Verbitterung eines anderen Menschen verbirgt. »Wenn Gefühle nicht gehört und angenommen werden, leidet die Seele, und die Persönlichkeit kann sich nicht entfalten« (42). Gehört werden bedeutet, ernst genommen zu werden.

Tabelle 6.4: **Ärztliche Verhaltensmaßnahmen, die Güte und Vollständigkeit der Anamneseerhebung beeinflussen** (modifiziert nach Drossmann (38))

Verhalten	begünstigende Faktoren	behindernde Faktoren
<i>nonverbal</i>		
Sprechzimmer-Atmosphäre	persönlich, komfortabel	geräuschvoll, physikalische Hindernisse
Blickkontakt	häufig	selten oder konstant
Körperhaltung	offen, unbehindert, relaxt	angespannt, Arme verschränkt
Kopfnicken	hilfreich, wenn zur rechten Zeit	selten oder exzessiv
Körperdistanz	in Berührungsnähe	zu nah oder zu weit entfernt
Gesichtsausdruck	interessiert, verständnisvoll, empathisch	gelangweilt, missbilligend, voreingenommen
Berührung	hilfreich, um Empathie zu vermitteln	unauffrichtig, wenn nicht passend oder zur rechten Zeit
<i>verbal</i>		
Frageform	offene Fragen zur Gesprächseröffnung geschlossene Fragen zur Präzisierung	rigider oder stereotyper Stil Mehrfachfragen, Suggestivfragen,
	Benutzung der Wortwahl des Pat.	Benutzung von Fremdwörtern
	wenige Fragen u. Unterbrechungen	viele Fragen u. Unterbrechungen
Fragestil	nicht wertend an Antworten des Pat. anknüpfend zur Erzählung ermunternd angemessene Gesprächspausen angemessene Rückversicherung Erhebung der psychosozialen Daten mit Fingerspitzengefühl	wertend nach vorgefertigtem Schema Abhaken von Standartfragen häufige Unterbrechungen vorzeitige oder ungewünschte Rückversicherung Vernachlässigung psychosozialer Daten oder nur Stichproben

Aktives Zuhören ist Eingehen auf Wünsche, Ängste, Sorgen und Befürchtungen eines anderen. Es beinhaltet mehr als das Gesprochene zu erfassen, es bedeutet auch ein Gespür zu entwickeln für das Hintergründige, das Unausgesprochene und

die Zwischentöne. Aktives Zuhören ist an vier Voraussetzungen gebunden: Interesse, Bereitschaft zuzuhören, Fähigkeit zuzuhören und die Fähigkeit, völlig präsent zu sein (17a). Epstein spricht – in Anlehnung an buddhistische Meditationstechniken – vom Sich-leer-machen vor Beginn des Gesprächs, vom bereit sein für Neues, für Überraschendes, vom »offen sein« (11,12). Uexküll spricht von der Neugier und Aufmerksamkeit und von der Notwendigkeit, den Patienten – in Peirce'scher Perspektive – sowohl phänomenologisch-qualitativ als ganze Person, als *Icon* zu sehen als auch leiblich und verbal auf indexikalische Zeichen zu achten, die auf etwas Verknüpftes hinweisen, und auf symbolische Zeichen, die auf etwas Anderes hindeuten (19). Die aufnahmebereite Zuwendung kann verbal durch ergänzende oder klärende Fragen und nonverbal durch Blickkontakt, Körperhaltung und Ausdruck signalisiert werden. »Aktives Zuhören ist schwieriger als Sprechen. Es erfordert Geduld, Konzentration, Disziplin, analytisches Denken und ein Gespür für Zwischentöne« (17b).

6.5 Fünfter Schritt: alle Botschaften erkennen

Sprechen ist immer mehr als die Übermittlung von Sachinformationen. Kommunikationspsychologisch können bei jeder Übermittlung einer Nachricht vier Seiten (Abb. 6.1) unterschieden werden (43,44):

- 1) Sachinhalt (Information)
- 2) Selbstoffenbarung
- 3) Beziehung (Kontakt)
- 4) Appell

Die Nachricht im Sinne zwischenmenschlicher Kommunikation ist die Gesamtheit der Botschaften, »...das ganze vielseitige Paket mit seinen sprachlichen und nicht-sprachlichen Anteilen« (17c), die der Sprechende, der Sender, dem Zuhörenden, dem Empfänger, übermittelt. Die richtige Entschlüsselung der Nachricht, das Verstehen der vier Botschaften, setzt voraus, dass der Zuhörende, der Empfänger, für jeden Aspekt der Nachricht ein eigenes Ohr hat, also »*vierohrig*« zuhört: mit einem Sachohr, einem Beziehungsohr, einem Selbstoffenbarungs-ohr und einem Appelohr (Abb. 6.2). Das Gelingen einer Kommunikation hängt davon ab, inwieweit die vier verschiedenen Seiten einer Nachricht, die ein sehr unterschiedliches Gewicht besitzen können, mit den entsprechenden vier Ohren gehört werden und inwieweit der Zuhörende in der Lage ist, zu erkennen, dass die vordergründig wichtig erscheinende Botschaft nicht die entscheidende sein muss und dass die implizit übermittelten Botschaften wichtiger sein können als die explizit formulierte Sachinformation. Dies setzt voraus, dass der Empfänger aktiv

Abbildung 6.1:
Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht (nach Schulz von Thun (43,44))

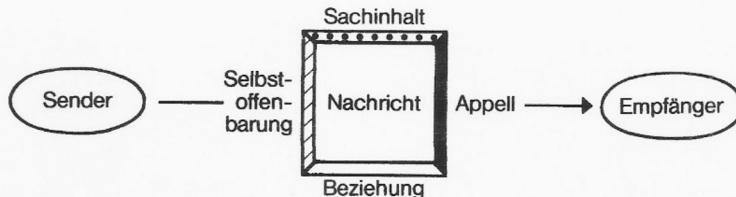


Abb. 4: *Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation.*

zuhört, sich systematisch beim Zuhören auf das Erfassen impliziter Botschaften einstellt, eine Antenne für Zwischentöne hat und nonverbale Nachrichtenanteile wie Stimmlage und Körpersprache, Mimik und Gestik sorgfältig beobachtet.

Abbildung 6.2:
Der vierohrige Zuhörer (nach Schulz von Thun (43,44))



Vom Meister der Körpersprache, dem großen Pantomimen Samy Malcho (45) stammen die treffenden Sätze »Der Körper ist der Handschuh der Seele, seine Sprache das Wort des Herzens. Wenn wir offene Sinne und ein waches Auge für die Signale und Kommentare unserer Körpersprache haben, können viele Gespräche und Begegnungen leichter und erfolgreicher verlaufen. Die Kenntnis der Körpersprache öffnet direkte Wege zueinander und einen freieren Umgang miteinander«

(45). Vom Emotionsforscher Paul Ekman kann man lernen, an sich selbst zu spüren, wann man sich in einem emotionalen Zustand befindet, sensibler für die Gefühle anderer zu werden und behutsam mit dem umzugehen, was man über den Gefühlszustand anderer zu wissen glaubt (46). Und Ronald Epstein hat feinfühlig beschrieben, was eine »achtsame Praxis« ausmacht (11) und welche Auswirkungen sie auf Patient und Arzt hat (12).

Über das vierkanalige Aufnehmen von Sach-, Beziehungs-, Selbstoffenbarungs- und Appellaspekten einer Botschaft hinaus ist der sechste Schritt für ein gelingendes Gespräch und die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ganz wesentlich.

6.6 Sechster Schritt: Fähigkeit zur Empathie

Empathie bedeutet das Sich-hineinversetzen in die Welt und die Situation des Patienten und das Bemühen, das Erleben eines anderen Menschen so vollständig und genau nachzuvollziehen, als sei es das eigene (47-53).

Empathie ist der Versuch, die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung zu verringern und abzubauen – durch Respekt vor der Person des Patienten, durch geduldiges Anhören biografischer Details, durch verständnisvolles Eingehen auf Ängste und Sorgen des Patienten und durch Offenheit für Erfahrungen des Patienten. Empathie als Versuch des Verstehens von inneren Erfahrungen anderer sieht den Patienten als Person, nicht als Objekt. Empathisches Eingehen auf den anderen als Person erfordert menschliche Wärme, ein Klima des Vertrauens, aktives »vierohriges« Zuhören, gleichschwebende Aufmerksamkeit, persistierenden Respekt in sich ändernden situativen Anforderungen, Offenheit für den Gesprächsverlauf und Toleranz hinsichtlich der Ungewissheit des Ausgangs (11,12). Empathisches Eingehen auf den anderen ist eine besondere Form der Wahrnehmung, ist nachempfindende Introspektion.

In dem wunderbaren Buch von Howard Spiro et al. »Empathy and the Practice of Medicine« (47) drückt Reiser (54) das so aus:

- »This brings us to the place of the patient's story, the history, in clinical medicine. It is the main source of knowing illness in ways that technology cannot fathom. Only the patient's story gives human meanings to the facts elicited by technology. The test can tell the blood count is low, the patient can tell what it means to live with it.
- The ability to enter the patient's life, the essence of empathy, is practicated less often than the ability to enter into the patient's body through medical technology. This imbalance must and can be corrected. Physicians need both kinds of knowledge. Technologic knowledge creates a portrait of being. Empathic

knowledge creates a portrait of meaning. Linked together the two views recreate as nearly as possible the person who is the patient» (54).

Empathie ist die Brücke, die aus der eigenen Wirklichkeit in die Wirklichkeit des Patienten führt und es ermöglicht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu finden.

6.7 Siebter Schritt: richtig fragen

Richtig fragen ist eine Kunst. Die Kunst der Anamneseerhebung (55-57), beschränkt sich jedoch nicht auf die Erfassung der ›Landkarte der Beschwerden‹ und der sieben ›Ws‹ zur Analyse der Symptome (siehe Tabelle 6.5: Schritte 3 und 4 der Anamneseerhebung). Die Kunst der Anamneseerhebung schließt auch Fragen ein, die ich mir selbst als Arzt stellen sollte, um psychosoziale Aspekte der Erkrankung zu erfahren, zu verstehen und therapeutisch nutzen zu können (siehe Tabelle 6.6) (38,39).

Man sieht bekanntlich nur, was man sucht – und man erkennt nur, was man kennt. Um was geht es in der Sprechstunde? Was ist mit Krankheit gemeint? *Disease? Disability? Illness?* Wegen welcher Beschwerden und Symptome gehen Patienten zum Arzt und was steckt hinter diesen Beschwerden? Kroenke und Mangelsdorff (58) haben vor über 30 Jahren hierzu eine eindrucksvolle Untersuchung vorgelegt: Sie haben 1000 Patienten bezüglich ihrer Beschwerden, die Anlaß zum Arztbesuch waren, befragt und die Patienten über drei Jahre nachbeobachtet. Die Ergebnisse sind für die Frage, um was es in der Sprechstunde geht, von zentraler Bedeutung (Abb. 6.3) (58):

- 1) Die Patienten kommen nicht mit bestimmten Krankheiten, sondern mit mehr oder weniger diffusen Symptomen.
- 2) Mit den Symptomen und Beschwerden geht ein ›Hof‹ von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen einher.
- 3) Nur in 10 bis 16 % der Fälle lag den Beschwerden eine organische Erkrankung zugrunde.

Wie muss ich fragen, um den Hof von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen zu erfassen (siehe Tab. 6.7)? Wie lässt sich herausfinden, ob die Beschwerden Zeichen einer *Disease* sind oder Sorgen einer *Disability* oder Ängste einer *Illness*? Das biopsychosoziale Konzept von Engel (19-21,59,60) kann helfen, nicht einäugig an die Dinge heranzugehen, sondern in einem ganzheitlichen Ansatz, einem Ansatz, der sowohl die organische Erkrankung, als auch die Behinderung im Alltag und das subjektive Leiden in den Blick nimmt (siehe Abb. 4). Meine Werkzeuge zur Erfas-

Tabelle 6.5:

Technik der Anamneseerhebung (nach Adler (56) und Adler und Hemmeler (57))

1. Schritt: Begrüßung und Vorstellung
2. Schritt: Gestalten einer günstigen Situation
3. Schritt: Landkarte der Beschwerden
4. Schritt: jetziges Leiden
 - zeitliches Auftreten
 - Qualität
 - Intensität
 - Lokalisation und Ausstrahlung
 - Begleitzeichen
 - intensivierende / lindernde Faktoren
 - Begleitumstände
5. Schritt: persönliche Anamnese
6. Schritt: Familienanamnese
7. Schritt: psychische Entwicklung
8. Schritt: Soziales
9. Schritt: Systemanalyse
10. Schritt: Fragen / Pläne

sung der Welten des Patienten sind das Normalobjektiv, Weitwinkelobjektiv und Zoom (Tab. 6.8) (61). Mit meinem ›subjektiven‹ Normalobjektiv, der Linse in meinen Augen, meinen fünf Sinnen, meinem Fingerspitzengefühl und meiner Erfahrung erfasse ich eine bestimmte Welt, den Mesokosmos, die menschliche Mitwelt, die mir gegenüberstehende Person. Mit einem anderen Objektiv, einem Weitwinkelobjektiv, meinen Fragen zur Biografie, zur Familie, zu Beruf und sozialer Situation habe ich den Makrokosmos im Blickfeld, die Umwelt, die soziale und berufliche Situation, das Umfeld, den Kontext. Mit meinen Vergrößerungsobjektiven, meinen Zooms, meinen Mikro- und Endo-Skopen, meinen sogenannten bildgebenden Verfahren wie Ultraschall, CT und MRT fokussiere ich wieder auf eine andere Welt, den Mikrokosmos, die Organe, die Zellen (Tab. 6.8) (61). (Welche Arroganz, nur beim Ultraschall, bei CT und MRT von ›Bild-gebenden‹ Verfahren zu reden, als ob

Tabelle 6.6:

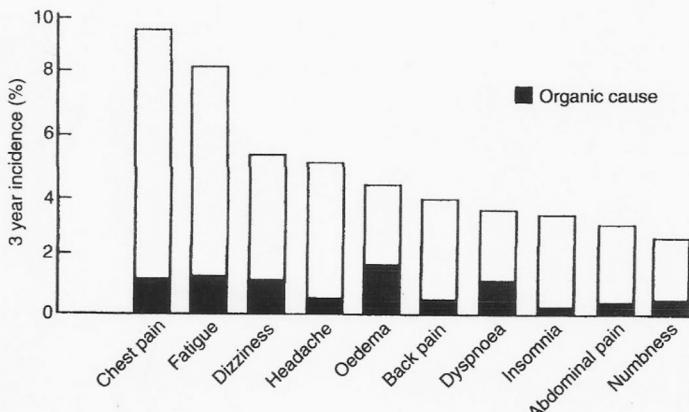
Fragen, die sich der Arzt stellen sollte, um psychosoziale Aspekte der Erkrankung zu erfahren, zu verstehen und therapeutisch nutzen zu können (nach Drossman (38,39))

1. Hat der Patient eine akute oder eine chronische Krankheit?
2. Was ist die Leidensgeschichte des Patienten?
3. Warum kommt der Patient jetzt?
4. Welche Vorstellungen und Erwartungen hat der Patient?
5. Wie nimmt der Patient seine Symptome wahr? Reagiert er adäquat?
6. Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf den Patienten?
7. Liegt eine psychiatrische Krankheit vor?
(Depression, Angststörung, Somatisierung, somatoforme Erkrankung?)
8. Bestehen kulturelle oder ethnische Einflüsse?
9. Wie gehen Familienmitglieder mit der Erkrankung des Patienten um?
10. Hat der Patient für die Gesundung förderliche Persönlichkeitsfaktoren und/oder soziale Unterstützungsstysteme?
11. Wie weit (und wie invasiv) muss die diagnostische Abklärung (vor) gehen?
12. Wann muss eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung empfohlen werden?

die Krankheitsgeschichte, das Narrativ, kein Bild ergäbe.). So wie sich ein guter Fotograf nur mithilfe eines geschickten Wechsels der Perspektiven und der Objektive ein umfassendes Bild eines Gegenstandes machen kann, kann auch ich nur fragend und sprechend den Hof, den Nebel von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen, der mit den Symptomen der Patienten einhergeht, lichten und klären.

Von Engelhardt stammt – wie schon im einleitendem Kapitel 1 angeführt – der die ärztliche Grundsituation so treffend beschreibende Satz »Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue, unbekannte Empfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (62). Um als Arzt einordnen und deuten zu können, muss ich richtig fragen können (Tab. 6.5-6.7). Manchmal muss das ›einordnen und deuten‹ mit wenigen Fragen sehr schnell gehen, wenn es darum geht, ob eine lebensbedrohliche Situation vorliegt und z.B. eine Einweisung in eine Klinik, auf eine Inten-

Abbildung 6.3:
3-Jahresinzidenz der häufigsten Symptome einer internistischen Ambulanz incl. des Anteils an organischer Ursache (nach Kroenke und Mangelsdorf (58))



sivstation nötig ist. Meist geht es darum, mit gezielten Fragen die Symptomatik des Patienten zwei großen Bereichen »organische Erkrankung« oder »funktionelle Störung« zuzuordnen. Gerade bei mehrdeutigen, diffusen Symptomen, kommt es darauf an, herauszubekommen, wie im Kontext der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation die funktionellen Beschwerden gedeutet und behandelt werden können (63): Sind sie Störungen einer Funktion? Was ist die Funktion der Störung?

Beim Herstellen des Kontextes und Ausloten der Systemebenen (61) ist eine gute Frage bereits ein Teil der Therapie. Dadurch, dass ich als Arzt danach frage, wie der Patient mit seinen Symptomen umgeht, wie er darauf reagiert, welche Auswirkungen die Beschwerden auf Aktivitäten des täglichen Lebens haben, welche Krankheitsvorstellungen, Sorgen und Befürchtungen er hat (51,52), spürt der Patient, dass sein Arzt sich nicht nur um seinen Leib müht, sondern auch seine Seele sieht. Er fühlt sich als Person, als Mensch ernst genommen und angenommen. Dieses Gefühl des Angenommenseins bildet das Fundament einer tragfähigen Patienten-Arzt-Beziehung.

An der Art und Intensität des Gesprächs, an Respekt und Würde, mit der er behandelt wird, merkt der Patient, ob sein Arzt den Blick einseitig auf die Krankheit richtet und den kranken Menschen außen vorlässt. Insbesondere bei funktionellen Symptomen und chronischen Beschwerden ist »die mittragende, die mitgehen-

Tabelle 6.7: **geeignete und ungeeignete Fragetechniken** (nach Geisler (17e))

Fragetechnik	Charakteristikum	Bedeutung
I. Geeignete Fragetechniken:		
geschlossene (strukturierte) Fragen Entscheidungsfragen	nur mit Ja / Nein zu beantworten	Vorteil: rascher, gezielter Informationsgewinn, kein 'Ausufern' Nachteil: wenig zur Gesprächseröffnung und -vertiefung geeignet; Gefahr pseudopräziser Antworten
offene (nicht strukturierte) Fragen	Antwort frei formulierbar	Vorteil: geeignet zur Gesprächseröffnung und -vertiefung; aufschließend, ermutigend, kontaktfördernd Nachteil: thematisches Abweichen und Ausufern
W-Fragen (wann, was, (wo, wer, wie?))	halbstrukturierte gezielte Fragen	geeignet zur Verdeutlichung bestimmter Punkte
Sondierungsfragen	eng umschriebene Fragestellung	freie Schilderung eines umschriebenen Sachverhalts
Kontrollationsfragen	Entgegenhalten früherer Aussagen	Aufzeigen und Auflösen von Widersprüchen
Reflexionsfragen	'Echo'-Fragen	Vertiefung eines angeschnittenen Themas
Interpretationsfragen	Schlüffolgerungen enthaltende Fragen	Problemverdeutlichung; da wertend, nur sparsam verwenden
II. Ungeeignete Fragetechniken:		
<i>a) unproduktive Fragetechniken:</i>		
Suggestivfragen	Vorwegnahme der Antwort	zur Problemlösung kaum geeignet, ausnahmsweise zur Ermunterung; Wurzeln: Vorurteile, Wunschenken
Doppel-(Mehrfach-)fragen	Erwartung gleichzeitig mehrerer Antworten	Überforderung des Gesprächspartners; Wurzeln: Ungeduld, Zeitdruck
Überfallfragen	Überrumpelungstechnik	Gefahr: Aggression und unzutreffende Antworten

b) verbotene Fragen:

Fangfragen	Hericinlegen des Gesprächspartners	
Neugierfragen	Neugierde einzige Triebfeder der Frage	
sokratische Fragen	Unbeantwortbarkeit als Absicht	Vernachlässigung von Empathie und Wertschätzung Asymmetrie, Gesprächshemmung
Wertungsfragen	Vorwegnahme von Wertungen	
Aggressionsfragen	Frage beinhaltet (persönlichen) Angriff	
Floskelfragen	oberflächliche Klischee-Technik	

Tabelle 6.8: Werkzeuge zur Erfassung der (Popper'schen) 3 Welten des Patienten (61)

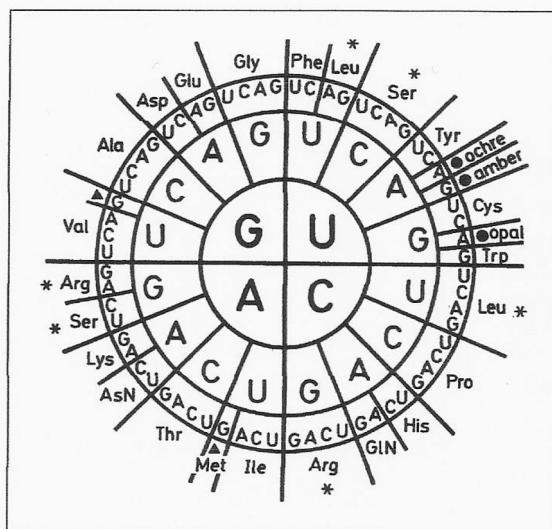
- Weitwinkelobjektiv ('Kultur' (Popper's Welt 3)):
 - biographische Anamnese, Familien- und psychosoziale Anamnese
- Normal-Objektiv ('Person' (Popper's Welt 2)):
 - Auge, Ohr, Nase, (Fingerspitzen-) Gefühl, Erfahrung, ärztliche Gespräch
- verschiedene Zooks ('Natur' (Popper's Welt 1)):
 - CT- / MRT-Gerät, Röntgen-, Ultraschall-Gerät, Endoskop, EKG, EEG, Mikroskop, klinische Chemie,...

de und empathische Einstellung, die dem Kranken das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen gibt (64a), entscheidend. Durch Verzicht auf therapeutische Grandiosität und durch Respekt vor den autonomen Reparationsversuchen des Patienten kann ein Klima in der Arzt-Patienten-Beziehung geschaffen werden, dem seinerseits therapeutische Funktion zukommt (64b).

Der Patient kennt sich und seinen Körper besser als der Arzt. Den Patienten zu fragen, was er denn selbst für die Ursache seiner Beschwerden halte, kann die Arzt-Patienten-Beziehung festigen helfen. Sich Laienätiologien anzuhören und dabei frustrierte Therapieversuche oder Präferenzen für bestimmte Behandlungssätze herauszuhören, solche Patienten-Vorstellungen wo nötig zu korrigieren oder bei der Erstellung eines Therapieplanes zu berücksichtigen (65), ist wichtig. Eine Einbeziehung der Patientenperspektive (65,66) kann zur Vertiefung und Bereicherung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beitragen. Auf der Grundlage eines vertrau-

ensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses kann im gemeinsamen Gespräch versucht werden, den »Umgang des Kranken mit der Krankheit zu gestalten« (67) und die für die Gesundung so wichtige »Wiederherstellung des Mutes zu sich selbst« (68) zu bewerkstelligen. Solche Gespräche können ihrerseits die Patienten-Arzt-Beziehung festigen und sind für den Langzeitverlauf von funktionellen Erkrankungen die entscheidende therapeutische Maßnahme (69).

Abbildung 6.5:
Die DNA-Code-Sonne: die Basentriplets und die codierten Aminosäuren (nach (61))



Am Beispiel der Sprache der Natur will ich ein paar philosophische Betrachtungen zur Natur der Sprache, zur Bedeutung sprachlicher Ausdrücke und zur Technik des Übersetzens erläutern. Beim Übersetzen der Symptome und Beschwerden des Patienten in eine neue Systemebene, die Arbeitsdiagnose, geschieht nichts anderes als bei der Übersetzung der DNA in die Proteine (61): So wie beim Abtasten des genetischen Codes der DNA Nukleotid-Triplets in Aminosäuren übersetzt werden, so übersetze ich die Symptome des Patienten mithilfe linguistischer und philosophischer Triplets in die Systemebene ihrer Bedeutung. Wie aus dem Bild der Code-Sonne des genetischen Codes ersichtlich wird (Abb. 6.5), ist die erste Base im Basentriplett für die weitere Zuordnung besonders wichtig. Analog ist mein erster ärztlicher Eindruck, Welt 2 im Popper'schen Welten-Triplett (70), von besonderer Bedeutung. Die der Popper'schen Welt 2 entsprechende Person, die Persön-

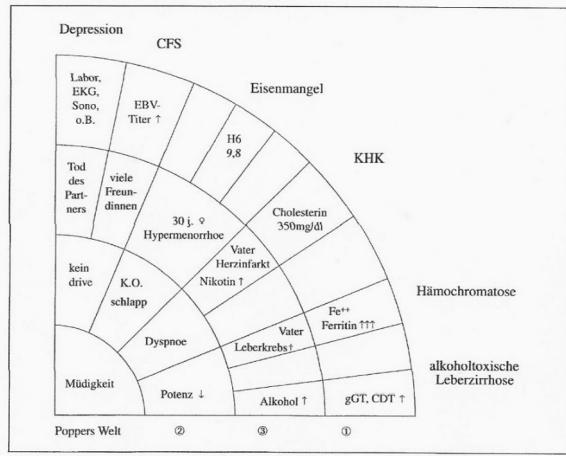
lichkeit des Patienten, die Sorgen, Ängste und Deutungsversuche des Patienten, gilt es, ernst zu nehmen, die vom Patienten benutzten sprachlichen Begriffe müssen linguistisch bezüglich ihrer *›referential meaning‹*, ihrer *›social meaning‹* und ihrer *›affective meaning‹* differenziert werden (71). Die *›referential meaning‹* beinhaltet das naturwissenschaftlich objektiv Gemeinte oder das dahinterstehende Konzept. Mit *›social meaning‹* sind Umfeld, Kontext und soziale Welt gemeint, die *›affective meaning‹* fokussiert auf die ganz persönliche gefühlsmäßige Bedeutung, die in dem Begriff mitschwingt.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel erläutern: Was meint der Patient mit dem sprachlichen Begriff *›Durchfall‹*? Mit gezielten Fragen zu Stuhlkonsistenz, Stuhlfrequenz, Begleitsymptome u.a.m. mache ich mir ein Bild zur *›referential meaning‹*, und kann dabei im Grunde schon differenzialdiagnostisch zwischen falscher Diarröhö/Überlaufdiarröhö, echter Diarröhö und Inkontinenz unterscheiden. Mit Fragen zu Auftreten und zu Begleitumständen des Symptoms im beruflichen und familiären Kontext des Patienten erfasse ich die *›social meaning‹*: es ist ein erheblicher Unterschied, ob der Colitis-ulcerosa-Patient als Bankangestellter wiederholt Kundengespräche wegen imperativen Stuhldrangs unterbrechen musste oder ob er seine Arbeit am Computer jederzeit unterbrechen und die in der Nähe des eigenen Arbeitszimmers befindliche Toilette problemlos aufsuchen kann. Es bedarf oft eines gewissen Fingerspritzengefühls, um auch die *›affective meaning‹* des sprachlichen Begriffs Durchfall zu erfassen: Schämt sich die 70-jährige Diabetikerin, dass ihr behinderter Ehemann wiederholt nachts Bett und Teppich von Stuhl reinigen musste? Kann sie darüber sprechen, was es für sie bedeutet, an die häusliche Toilette *›angebunden‹* zu sein, nicht mehr ins Theater oder zu Freunden gehen zu können?

Die ärztliche Aufgabe, mit richtigen Fragen den Kontext herzustellen (61), will ich an einem anderen Beispiel vertiefen: Was meint der betreffende Patient mit dem mehrdeutigen sprachlichen Begriff *›Müdigkeit‹* (72,73)? Was ist seine *›referential meaning‹* von *›Müdigkeit‹*? Beinhaltet das für den Patienten Schlappheit, Kraftlosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, fehlender Drive, Lustlosigkeit oder was auch immer? In einem zweiten Schritt muss ich die *›social meaning‹* erfragen und herausarbeiten. Mit dem Weitwinkelobjektiv muss ich versuchen, das zweite Welten-Triplett, Poppers Welt 3 (70), das familiäre und soziale Umfeld des Patienten, zu erfassen. Die Kenntnis des kürzlichen Todes des Ehemanns hilft mir, die Müdigkeit als Teilsymptom einer reaktiven Depression zu interpretieren. Meint der Patient mit Müdigkeit konkret die Müdigkeit im Bett, meint er Libido- und Potenzschwäche, kann mich der Hinweis auf den Tod des Vaters an Leberzirrhose an eine Störung des Eisenstoffwechsels, eine Hämochromatose, denken lassen. In einem dritten Schritt, unter Wechsel des Objektivs und mithilfe von Zooms (Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren, Endo- und Mikroskopie) geht es dann um die Erfassung der Welt 1, der naturwissenschaftlichen Fakten, die schließlich die eindeutige Über-

setzung des Basentriplets, des Welten-Triplets, der Normal-, Weitwinkel- und Zoom-Objektive in die Gesamtdiagnose ermöglichen (siehe Abb. 6.6) (61).

Abbildung 6.6:
Symptom-Code: Übersetzung der bio-psycho-sozialen Symptome in eine Diagnose (nach Leiß (61))



Am Beispiel der Metapher von der Sprache der Natur und der Übersetzung der Basentriplets der DNA habe ich versucht, die Vorgehensweise und Praxis der Übersetzung der Patienten-Symptome in übergeordnete Zusammenhänge und Bedeutungen verständlich zu machen, damit – wie Engelhardt sagt – »aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (62), Handlungsoptionen geklärt und aktives Handeln möglich werden. Das Einordnen und Deuten der Symptome kommt manchmal einer Tätigkeit gleich, die René Magritte im Bild des Malers dargestellt hat: im Gegebenen (Betrachten eines Eies) das Nicht-Gesagte, das Mögliche, das Potenzielle (den Vogel) mitzusehen und sich ›auszumalen‹ (74).

6.8 Achter Schritt: Gespräche als geschlossenes Ganzes führen

Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch sollte einen roten Faden, eine gewisse Strukturierung und verschiedene Phasen aufweisen: die Eröffnung, die Adaptation, die Thematisierung und den Abschluss (17,37). Auf die Bedeutung des Gesprächsrahmens, der Atmosphäre des Sprechzimmers, bin ich eingegangen (siehe 6.3), bezüglich des Gesprächsanfangs gilt Goethes Maxime: »Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem zuknöpfen nicht zurande«. Soll das Gespräch bei vollem Wartezimmer zeitlich nicht ausufern, so muss ich den Gesprächsabschluss ins Blick-

feld nehmen, die Gesprächsbilanz zusammenfassen und ggf. Termine für Fortsetzungsgespräche vereinbaren. Um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, sind mitunter mehrere Gespräche in geregeltem Abstand erforderlich. Das Einzelgespräch als geschlossenes Ganzes ist eine Einzeldosis. Manchmal – wie bei der perioperativen Antibiotikagabe – ist das ausreichend. Manchmal, wie z.B. bei der Digitalisierung, wird der therapeutische Spiegel erst nach mehreren Dosierungen erreicht, zur Erhaltung des Spiegels sind dann kleinere Dosierungen ausreichend.

6.9 Neunter Schritt: Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit

Wenn mit aktivem, empathischem Zuhören, mit richtigen Fragen und mit gelungener diagnostischer Übersetzung der Symptome (siehe 6.7) das Fundament für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung gelegt wurde, dann ist auch der letzte Schritt, die Begegnung im Gespräch (17) und die Gestaltung einer gemeinsamen Wirklichkeit (19-21) möglich. Ich komme zur therapeutischen Funktion von Gesprächen, zum Gespräch als Therapie (Tab. 6.9) (53).

Tabelle 6.9:

Stufen des therapeutischen Gesprächs (die spätere Stufe schließt die jeweils vorausgehende Stufe ein; nach Lang H. (53))

	Alltagsgespräch	ärztliches Gespräch	professionell-psychotherapeutisches Gespräch
Gesprächs- Partner	„confidant“	Arzt	professioneller Psychotherapeut
Indikations- Bereich	belastende Emotionen u. Situationen	funktionelle Störungen, „frische“ Psychosomatosen, Konfliktreaktionen	Neurosen, Psychosomatosen, (chronifizierte) funktionelle Störungen, Borderline-Störungen
Medium	Verbalisierung belastender Emotionen und Situationen in einer vertrauensvollen Beziehung	therapeutische Beziehung, „Droge Arzt“	Durcharbeiten der strukturellen Konflikthaftigkeit (des „Übertragungsprozesses“)
Ziel	Abmilderung, Distanzierung von Belastungen, Krisenbewältigung, Symptombeseitigung	Klärung und Sanierung der Auslôsesituation	Änderung der neurotischen bzw. psychosomatischen Struktur

Weiter oben (in Abschnitt 6.6) wurde die Empathie als eine Brücke bezeichnet, die aus der eigenen Wirklichkeit in die Wirklichkeit des Patienten führt und es ermöglicht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu finden. Die therapeutische Funktion des ärztlichen Gesprächs besteht darin, Brücken zu bauen, mit Metaphern Brücken zu bauen, Brücken zum Leibverständnis und zur Psychosomatik, zum Selbstverständnis der eigenen Person und zum Weltverständnis, zur Philosophie. Warum sind Metaphern beim Brückenbauen so hilfreich?

Metaphern sind eine Form symbolischer Sprache und ein therapeutisches Werkzeug, das rational nicht vollständig erfasst werden kann. Metaphern erlauben ein ganzheitliches, ein archetypisches Erfassen, einen Zugang und ein ›In-Kontakt-kommen‹ mit dem inneren Kind in uns. Metaphern bringen Einstellungen und Haltungen auf den Punkt, sie ermöglichen eine unbewusste Umstrukturierung und eine kreative Umdeutung (Tab. 6.10). Metaphern sind Sichtweisen, Brillen für Weltbilder, die unterschiedliche Aspekte eines Konzepts, eines Problems beleuchten (75-79).

Tabelle 6.10: **Vielfältige Bedeutungen von Metaphern**

- therapeutisches Werkzeug, das nicht vollständig analysiert werden kann
- ganzheitliches Erfassen, bildhafte Vertrautheit
- eine Form symbolischer Sprache
- Zugang zu Emotionen (rechte Hirnhälfte), zu mentalem Raum zwischen Logik und Phantasie
- in-Kontakt-kommen mit dem ‚inneren Kind‘
- prägende Kraft von Metaphern / Metaphern, nach denen wir leben
- Metaphern ermöglichen eine unbewusste Umstrukturierung und kreative Umdeutung (reframing)

Mit Metaphern Brücken zur Psychosomatik bauen – was damit gemeint ist, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: »Redewendungen sind kein leeres Gerede. Da steht immer was dahinter. [...] Da werden uralte Erfahrungen der Menschheit ausgedrückt. Betreffen sie Körperfunktionen, die durch psychische Erregung hervorgerufen werden, dann beschreiben sie treffend Psychosomatik« (80). Die Weisheit der Sprache ist uns im Alltag meist nicht bewusst. Mit mehr Gespür und Sprachgefühl lassen sich viele Redewendungen jedoch diagnostisch und therapeutisch nutzen. Die passende Redewendung kann »dem Kranken helfen, seine psychosomatische Störung besser zu verstehen, zu akzeptieren und sich psychotherapeutischer Behandlung zu öffnen« (80). Die Frage ist: Soll er sich nur beim

psychotherapeutischen Spezialisten öffnen? Kann und muss nicht jeder Arzt zur Erhellung des Hintergrundgeschehens beitragen?

Ergibt die Abklärung von Schluckbeschwerden und Kloßgefühl im Hals unauffällige Befunde der HNO-Untersuchung, der Gastroösophagoskopie und der Sonografie der Schilddrüse, liegt keine Verbreiterung des Mediastinums und keine Motilitätsstörung des Ösophagus vor, können Fragen an den Patienten, an was er denn bei Beginn der Symptomatik oder früher ›zu schlucken hatte‹ oder ›auf was oder wen er denn einen Hals hatte‹, bisher verschwiegene psychische Belastungssituationen offenlegen helfen und Verständnis für die psychische Genese der Beschwerden wecken (79).

Ein Beispiel für Metaphern als Brücken zum Selbstverständnis sei durch Ericksons Art des ›In-Kontakt-kommens‹ mit dem inneren Kind in uns verdeutlicht, mit seiner verständlichen Sprache mit einem 6-jährigen Kind und seinem non-direktiven Vorgehen am Beispiel des Daumenlutschens: »Nun lass uns mal eine Sache klarstellen. Dieser linke Daumen von dir ist dein Daumen; dieser Mund von dir ist dein Mund; diese Vorderzähne von dir sind deine Vorderzähne. Ich denke, du hast ein Recht darauf, mit deinem Daumen, deinem Mund und mit deinen Zähnen alles zu tun, was du willst. [...] Eines der ersten Dinge, die Du im Kindergarten gelernt hast, ist, abwechselnd dranzukommen. Du kamst abwechselnd mit diesem kleinen Mädchen und mit jenem kleinen Jungen bei Dingen im Kindergarten dran. [...] Du hast zuhause gelernt, abwechselnd dranzukommen. Wenn die Mutter das Essen aufträgt, bekommt zuerst der eine Bruder, dann bist Du vielleicht dran, dann ist vielleicht die Schwester dran und dann ist die Mutter dran. Wir nehmen die Dinge immer abwechselnd dran. Doch ich glaube nicht, dass Du gerecht oder nett oder gut bist, wenn Du immer nur an Deinem linken Daumen lutschst und Dein rechter Daumen nie drankommt. [...] Der erste Finger ist noch nicht drangekommen; kein einziger von den anderen Fingern ist drangekommen. [...] Ich glaube, Du würdest gerne jeden Deiner Finger richtig drangekommen lassen« (77).

Unsere Alltagssprache ist durchsetzt von metaphorischen Bildern. Ob wir das Lösen eines Problems als Lösen eines Rätsels auffassen oder als ›In-Lösung-bringen‹ von etwas Auskristallisiertem, ist ein erheblicher Unterschied. Im ersten Fall wollen wir das Problem aus der Welt schaffen, im zweiten Fall fokussieren wir auf Eigenschaften des Systems, die das in-Lösung-Bringen begünstigen (76).

Die eben angeführte Metaphorik kann helfen, den fundamentalen Unterschied in der Herangehensweise bei akuten Krankheiten und bei chronischen Krankheiten verständlich zu machen. Beim akut Erkrankten will ich als handelnder Arzt das Rätsel lösen, die zugrunde liegende Erkrankung kausal behandeln und aus der Welt schaffen, beim chronisch Kranken kann ich allenfalls etwas ›In-Lösung-halten‹ und dem Patienten helfen, die ihn begrenzende chronische Erkrankung in seinen Lebensentwurf zu integrieren. Beim chronisch Kranken gilt es – wie Dörner gesagt hat (81) – »ein verlässlicher Begleiter der Illusionen des Kranken« zu sein,

ein Motivator und Moderator der »Versuche des Kranken, trotz der verzweifelten Ausweglosigkeit eines unbekannten Geländes dennoch Wege zu finden« (81). »Je akuter die Erkrankung eines Menschen, desto mehr wird der Umgang mit ihm geprägt von den typischen Merkmalen der jeweiligen Krankheit; je chronischer die Erkrankung eines Menschen, verlieren diese typischen Krankheitsmerkmale für den Umgang an Bedeutung und desto mehr werden die sonstigen persönlichen Bedingungen und Beziehungen des Menschen entscheidend. [...] Ich beziehe mich als Arzt beim chronisch Kranken wesentlich mehr auf seine biographische Einzigartigkeit als auf seine Subsummierbarkeit als Fall von...« (81).

Kirsner hat die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen M. Crohn und Colitis ulcerosa in den 60er-Jahren als *>mysterious, menacing, multiplex<* charakterisiert. Als Ärzte, die wir keine Grundlagenforschung betreiben, die wir nicht in das Abarbeiten des Nebels um Krisners *>mysterious and multiplex<* involviert sind, müssen wir auf das den Patienten ängstigende *>menacing<*, das Bedrohende einer chronischen Erkrankung, fokussieren (59). Im klinischen Alltag haben wir es bei der Betreuung von Patienten mit M. Crohn nicht mit Molekülen oder *>Biologicals<*, nicht mit serologischen Markern oder Genmutationen zu tun, sondern mit kranken Menschen. So wichtig phänotypische Klassifizierungen des M. Crohn in Subgruppen sind, so spannend die Molekularbiologie ist, die Medizin ist mehr und etwas anderes als angewandte Molekularbiologie, Genetik und Immunologie. »Der Mensch lässt sich nicht nachträglich zur Molekularbiologie hinzuaddieren« (82). Als Ärzte müssen wir den ganzen Menschen sehen, den Hof von Ängsten und Befürchtungen, der mit der Diagnose M. Crohn einhergeht, lichten und das *>menacing<* einer chronischen Erkrankung handhabbar und lebbar gestalten (83). Dabei müssen wir uns über das Dilemma einer Medizin zwischen Humanität und Wissenschaft im Klaren sein, darüber, dass wir dem einzelnen kranken Menschen nur in dem Maße gerecht werden, in dem wir seine Menschlichkeit und seine Individualität ins Spiel bringen und dass wir therapeutisch in dem Grade wirksamer sind, in dem wir uns dem Biologischen zuwenden.

Bei Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen wie chronischen Rückenschmerzen oder Depressionen gilt es ebenfalls, die dahinterstehenden Ängste und Befürchtungen zu erkennen (84,85) und den Teufelskreis sich hochschaukeln der organischer und mentaler Krankheitskomponenten zu durchbrechen. Über die Ängste zu sprechen, sich mal mehr auf ernst nehmen und übernehmen und damit teilen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung zu beschränken (81), mal dem Kranken mehr Hoffnung (86), mehr Mut zu sich selbst und seinen eigenen salutogenetischen Versuchen (87) zu machen, darum geht es in der Sprechstunde mit chronisch Kranken.

Mit *>gemeinsamer Wirklichkeit<*, um die es in der Sprechstunde geht, sind auch die Noch-nicht-Krankheit, das gesundheitliche Fehlverhalten, die sogenannten Risikofaktoren gemeint. »Man stirbt, wie man lebt – Bewegungsmangel, Rauchen,

Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht. Die Multiplikation der Risikofaktoren. Quittung Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris, Herzinfarkt.« – so lautete Anfang der 70er-Jahre die werbewirksame Reklame für ein neues Koronartherapeutikum. Es ist Pharma-Logik, daraus zu schlussfolgern: 1. Adalat, 2. Adalat und 3. Adalat. Auch 50 Jahre später ist nicht durch Studien belegt, dass eine Einnahme von Nifedipin die koronare Mortalität senken kann. Mit teuren Disease-Management-Programmen versuchen Gesundheitsökonomen und Politiker die Auswirkungen und Folgen der ‚Volkskrankheiten‘ Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale in den Griff zu bekommen. Jeder an der Basis tätige Arzt weiß, wie schwer es ist, gesundheitliches Fehlverhalten zu beeinflussen. Es braucht einen langen, sehr langen Atem, geduldig und behutsam die Schritte zur Veränderung, von der Sorglosigkeit zum Problembewusstsein, vom Problembewusstsein zu Vorbereitungen, vom gedanklichen Probehandeln zum wirklichen Probehandeln, vom Rückfall zur Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens zu motivieren und zu unterstützen, und erneut zu motivieren und erneut zu unterstützen. Hier bin ich als Arzt nicht Deuter, Interpret und Hersteller von Kontext, hier bin ich Katalysator, Motivator und Moderator – und das gelingt umso besser und überzeugender, je mehr ich auf den erhobenen Zeigefinger verzichte und je authentischer ich selbst Vorbild bin. »Die Medizin weist nur hin auf das Nützliche und warnt vor dem Schädlichen – aber sie zwingt nicht und straft nicht« (Maimonides) (88). Zeitlich und ursächlich vor allen Disease-Management-Programmen steht die Prävention, die Vorbeugung. Und es erfordert viele Sprechstunden, dem mündigen und fordernden Patienten klar zu machen, dass es neben Medikamenten und Operationen auch eine Pflicht zur Selbstfürsorge gibt, ohne die Gesundheit und Wohlbefinden nicht zu haben sind.

Meine Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs will ich mit einer philosophischen Betrachtung abschließen. Karl Jaspers (89) unterscheidet drei Sinnebenen, auf denen therapeutisches Handeln, und das ist auch Zuhören und Sprechen, geschieht

- 1) das technische Machen, die naturwissenschaftlich-kausale Ebene, auf der »gestörte Zusammenhänge der Lebensapparate« (89b) mechanisch und chemisch wieder in Ordnung gebracht werden,
- 2) das die Selbsthilfetendenz, die allem Leben eigen ist, wieder in Gang setzende gärtnerische Handeln als Pflege, »im Hinhorchen auf das Leben selber, durch Bereiten von Bedingungen, durch Gedeihenlassen, durch Hygiene und Diät im weiten hippokratischen Sinne« (68), und
- 3) ein Behandeln, in dem sich der Arzt »statt nur den Leib technisch im einzelnen, durch Pflegekunst im ganzen in Ordnung zu bringen« »an den Kranken als ein verständiges Wesen« (89c) wendet, das existenzielle Kommunikation beinhaltet (90).

Medizin ist nicht nur technisches Machen, nicht nur Pillen und Operationen, sondern auch und vor allem Pflege und Gespräch. »Der Arzt ist weder nur Techniker noch nur Autorität, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen« (89d).

6.10 Schlussbetrachtung

Drei Dinge machen die Medizin, machen die sprechende Medizin aus: der Kranke, der Arzt und das, was mit *Disease*, *Disability* und *Illness* gemeint ist. Ich teile Wolfgang Wielands Auffassung (91,92), dass die Medizin eine antike *›techne‹*, eine handwerkliche Kunst, eine Handlungswissenschaft ist, und dass ich sprechend, informierend, deutend, klärend, motivierend, moderierend, eingreifend, entscheidend, verschreibend und begleitend handle und handelnd meine Wirklichkeit als Arzt und die gemeinsame Arzt-Patienten-Wirklichkeit gestalte.

Mit dem ständig wachsenden Potenzial technischer und pharmakologischer Möglichkeiten in der Medizin besteht die Gefahr der Verdrängung der Sprache durch Technik und Chemie. »Wo unsere moderne Medizin erfolgreich ist, in den schweren Fällen, ist sie stumm. Das Wort ist Schnörkel, Beilage, jedenfalls kein genuiner Bestandteil der Therapie. [...] Das erzeugt das Unbehagen an der modernen, der erfolgreichen Medizin« (P. Lüth) (17g). Eine sprachlose Medizin ist keine humane Medizin und ein stummer Arzt ist kein guter Arzt (4).

Der Patient will einen *›gestandenen‹* Arzt, einen Arzt, der fachlich kompetent ist, der seine Technik beherrscht und dessen Wissen auf der Höhe der Zeit ist. Fachliche Kompetenz ist wichtig, aber allein nicht ausreichend. Es muss etwas anderes hinzukommen: die »Weite des Horizonts« und »die Wärme und Güte des Herzens« (89a). Patienten merken sehr wohl, was aufgesetzte Sprüche und erlerntes *›keep smiling‹* sind. Was sich auf Dauer mitteilt, ist die Persönlichkeit, der Mensch, der hinter der Rolle und hinter dem Kittel steckt. Ein Arzt ist mehr als ein Pillen-Verschreiber und sollte mehr sein als ein brillanter Techniker. Er braucht – um ein almodisches Wort zu benutzen – *›Charakter‹* (47).

Zur korrekten Therapie mit Medikamenten sind eine sorgfältige Indikationsstellung und Kenntnisse zu Genetik, Kinetik und Metabolismus von Pharmaka erforderlich. In der Ausbildung des Arztes spielen das Erlernen des aktiven Zuhörens und des Heraushörens von Indikationen für ein mitmenschliches Gespräch, spielen linguistische und soziokulturelle Determinanten und kommunikationspsycho-logische Aspekte einer *›Therapie mit Worten‹* allenfalls eine untergeordnete Rolle. Ob sie in der täglichen Berufspraxis im Laufe der Jahre erworben werden, ist nicht vorhersagbar und Zufall. Worthülsen oder Standart-Floskeln helfen nicht, eine tragende und vertrauenswürdige Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen.

In der Praxis des ärztlichen Gesprächs kommt es darauf an, »das ärztliche Wort in einer individuellen Galenik darzureichen, die eine hohe Resorptionsrate (eine große Aufnahme), einen geringen First-pass-Effekt (beim einem Ohr rein, beim anderen raus) und eine hohe Bioverfügbarkeit, eine große Lebensnähe, hat« (40). »Für das ärztliche Gespräch gibt es keinen Ersatz« (17d).

Literatur

- 1 Berger J. *A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor*. Pinguin Press 1967. Deutsch: Berger J. *Geschichte eines Landarztes*. München/Wien: Carl Hanser Verlag; 1998: 162.
- 2 Hippocrates. Zitiert nach Bourgey L, Martiny M. Hippokrates und die griechische Medizin des klassischen Zeitalters. In: Toellner R (Hg.). *Illustrierte Geschichte der Medizin*. Vaduz: Andreas & Andreas Verlagsanstalt Vaduz; 1992: 301-349.
- 3 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publishing 1957. Deutsch: Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 10. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
- 4 Lüth P. *Das Patienten-Arzt-Gespräch*. In: Lüth P. *Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis*. Frankfurt/New York: Herder & Herder; 1974: 79-107.
- 5 Wesiak W. *Das ärztliche Gespräch – Versuch einer Strukturanalyse*. In: Thure von Uexküll: *Psychosomatische Medizin*, herausgegeben von R. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, Th. von Uexküll und W. Wesiak. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 237-243.
- 6 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Menschliche Kommunikation. Formen – Störungen – Paradoxien*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 10. Aufl. 2000.
- 7 Luban-Plozza B, Laederbach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut HH. *Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 8. Aufl. 2002.
- 8 Köhle K. *Kommunikation*. In: Uexküll *Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. Herausgegeben von R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O.W. Schonecke, Th. von Uexküll, W. Wesiak. München/Jena: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 43-63.
- 9 Heritage J, Maynard DW (eds). *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press; 2006.

- 10 Deter H-C (Hg.). *Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010.
- 11 Epstein R. *Mindful practice*. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 12 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York: Simon & Schuster, Inc., 2017, Scibner, paperback edition, 2018.
- 13 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.). *Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 14 Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2011; 1: 207-222.
- 15 Meyer B, Löwe B. Dimensionen der Arzt-Patienten-Kommunikation in der modernen Medizin. In: Deter H-C (Hg.). *Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010: 19-34.
- 16 Thompson I.: Fundamental ethical principles in health care. *Brit Med J* 1987; 295: 1461-1465.
- 17 Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 43; b) S. 45; c) S. 63; d) S. 17; e) S. 80-91; f) S. 329-339; g) S. 12.
- 18 Mitscherlich A. *Anstiftungen zum Unfrieden*. In: Mitscherlich A. *Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden*. edition suhrkamp SV 123. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1965: 28-122.
- 19 von Uexküll Th, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München/Wien: Urban & Schwarzenberg, 3. überarbeitete Auflage 1998.
- 20 von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hrsg). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002.
- 21 von Uexküll Th, Wesiak W. *Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell*. In: Uexküll Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhlem W. Langewitz, O.W. Schonecke, Th von Uexküll, W. Wesiak. München/Jena: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 22 Kübler-Ross E. *On death and dying*. London: Macmillan Company, New York/Collier-Macmillan Ltd. Deutsch: Kübler-Ross E. *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart/Berlin: Kreuz-Verlag; 11. Aufl. 1977.
- 23 Kübler-Ross E. *Death. The final stage of growth*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. Deutsch: Kübler-Ross E. *Reif werden zum Tode*. Stuttgart/Berlin: Kreuz-Verlag; 4. Aufl. 1978.

24 Tausch A-M. Gespräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1981.

25 Yalom ID. Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 3. Aufl. 2016.

26 Schachtner Ch. Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1398; 1999.

27 Plewnia CG. Wandel der Arztideale. Entwicklungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Münster/New York/München/Berlin: Waxmann; 1999.

28 von Troschke J. Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.

29 Dörner K. Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2001.

30 Brody H. The healer's power. New Haven and London: Yale University Press; 1992.

31 Kirsner JB. Living with Hippocrates in a changing medical world, with particular reference to the patient-physician relationship. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2184-88.

32 Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient care. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-769.

33 Schneider CE. The Practice of Autonomy – Patients, Doctors, and Medical Decisions. New York/Oxford: Oxford University Press; 1998.

34 Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice. 2nd edition. Oxford/New York: Oxford University Press; 2009.

35 Schulz von Thun F. Miteinander reden 3. Das ›innere Team‹ und situationsgerechte Kommunikation. Sachbuch 60545. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1998.

36 Schulz von Thun F. Klarkommen mit sich selbst und anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz. Rororo 61924. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 2004.

37 Myerscough PR, Ford M. Talking with Patients. Keys to good communication. Oxford: Oxford Medical Publications, Oxford University Press; 3th edition 1996. Deutsch: Myerscough PR, Ford M. Kommunikation mit Patienten – Die Chancen des ärztlichen Gesprächs besser nutzen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.

38 Grossman D. Psychosocial factors in the care of patients with gastrointestinal disease. In: Textbook of Gastroenterology, edited by T. Yamada, D.H. Alpers, C. Owyang, D.W. Powell and F. E. Silverstein. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1991: 546-561.

39 Drossman DA. Diagnosing and treating patients with refractory functional gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1995; 123: 688-697.

40 Leiß O. Zuhören und fragen – Bedeutung des ärztlichen Gesprächs für die Patienten-Arzt-Beziehung. *Verdauungskrankheiten* 1997; 15: 1-9.

41 Achenbach G. Eingelassenheit – oder: Zuhören ist die Seele des Gesprächs. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 267-276.

42 Nichols MP. *The lost art of listening*. New York: The Guilford Press; 1995. Deutsch: Nichols MP. *Die wiederentdeckte Kunst des Zuhörens*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.

43 Schulz von Thun F. *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.

44 Schulz von Thun F. *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.

45 Molcho S. *Körpersprache*. München: Mosaik Verlag; 1994.

46 Ekman P. *Emotions Revealed. Understanding Faces and Feelings*. London: Weidenfeld & Nicolson; 2003. Deutsch: Ekman P. *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2004.

47 Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med* 1992; 116: 843-846. Nachdruck in: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. McCREA Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 7-14.

48 Spiro H.M. Empathy – an introduction. In: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. McCREA Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 1-6.

49 More ES. >Empathy< enters the profession of medicine. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 19-39.

50 Lang JA. Is empathy always >nice<? Empathy, sympathy, and the psychoanalytic situation. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 98-112.

51 Candib LM: Reconsidering power in the clinical relationship. In: More ES, Milligan MA (eds.): *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 135-156.

52 Connelly JE. Listening, empathy, and clinical practice. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 171-185.

53 Lang H. Das Gespräch als Therapie. In: Lang H. *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1293; 2000: 111-127.

54 Reiser SJ. Science, pedagogy, and the transformation of empathy in medicine. In: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. McCrea Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 121-132.

55 Argelander H. *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970.

56 Adler R. Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin. In: Thure von Uexküll: *Psychosomatische Medizin*, herausgegeben von R. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, Th. von Uexküll und W. Wesiak. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 184-200.

57 Adler R, Hemmeler W. Praxis und Theorie der Anamnese. Der Zugang zu den biologischen und sozialen Aspekten des Kranken. Stuttgart – New York: Gustav Fischer Verlag; 1986.

58 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.

59 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544. Nachdruck in: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 1-20.

60 Epstein RM, Morse DS, Williams GC et al. Clinical practice and the biopsychosocial approach. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 33-66.

61 Leiß O. Der Arzt als Hersteller von Kontext. In: L. Albers, O. Leiß (Hg.). *Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 141-153.

62 Engelhardt K. *Patienten-zentrierte Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.

63 Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds.). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1995.

64 Beck D. Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zu seelischer Heilung sein können. Frankfurt: Insel Verlag; 1981. a) S. 115, b) S. 121

65 Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991; 115: 470-477.

66 Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116: 414-418.

67 Jaspers K. Die Idee des Arztes. In: Jaspers, K. *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie*. München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 7-18.

68 Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. In: Jaspers, K. *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie*. München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 39-58.

69 Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-112.

70 Popper K. Erkenntnis und Gestaltung der Wirklichkeit. Die Suche nach einer besseren Welt. In: Popper K: *Auf der Suche nach einer besseren Welt. Vorträge und Aufsätze aus 30 Jahren*. München: R. Piper Verlag, Taschenbuchausgabe Serie Piper 699; 8. Auflage 1995: 11-40.

71 Finegan E: *Language. Its structure and use*. 3rd edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.

72 Wessely S, Sharpe M. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds.). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1995: 285-312.

73 Jipp P. Müdigkeit. In: Jipp P, Zoller WG (Hg.) *Differenzialdiagnose internistischer Erkrankungen*. München/Jena: Urban & Fischer; 2. Auflage, 2003: 743-749.

74 Sylvester D. Magritte. *Menil Foundation* 1992, Deutsche Ausgabe: Mercatorfonds, Antwerpen, und Menil Foundation, Houston. Köln: Lizenzausgabe Parkland Verlag; 2003: 191: Magritte: Hellsehen.

75 Kurz G. *Metapher, Allegorie, Symbol*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 4. Aufl. 1997.

76 Lakoff G, Johnson M. *Metaphors We Live By*. University of Oxford, 1980. Deutsch: Lakoff G, Johnson M. *Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1998.

77 Mills JC, Crowley RJ. *Therapeutic Metaphors for Childrens and the Child Within*. New York: Brunner – Mazel; 1986. Deutsch: Mills JC, Crowley RJ. *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1996. (Zitat S. 69-70).

78 Schmitt R. *Metaphern des Helfens*. *Fortschritte der psychologischen Forschung* 26. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union; 1995.

79 Albers L, Leiß O. *Diagnostische und therapeutische Bedeutung von Metaphern bei gastroenterologischen Erkrankungen – Sprachliche, körpersprachliche und*

szenische Kommunikation bei organischen und funktionellen Beschwerden. *Verdauungskrankheiten* 1996; 14: 198-208.

80 Schiffter R. Da bleibt einem glatt die Spucke weg – Neurophysiologie der Redewendungen. *Deutsches Ärzteblatt* 1988; 85: A-1998-2008.

81 Dörner K. Chronisch Kranke – der ärztliche Regelfall. In: Dörner K. *Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart/New York: Schattauer; 2001: 102-116.

82 von Uexküll Th. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1998; 140(26): 4.

83 Leiß O, Börner N. Wien-Klassifikation des M. Crohn: Hilfreich oder entbehrlich? Eine kritische Standortbestimmung. *Z Gastroenterol* 2007; 45: 265-272.

84 von Korff M. Fear and depression as remediable causes of disability in common medical conditions in primary care. In: White P (ed.). *Biopsychosocial Medicine – an integrated approach to understanding illness*. Oxford: University Press; 2005: 117-127.

85 DeGruy FV. A biopsychosocial perspective on mental disorders: Depression in the primary care setting. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 82-90.

86 Spiro H. *The power of hope. A doctor's perspective*. New Haven & London: Yale University Press; 1998.

87 Antonowsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.

88 Maimonides. Zitiert nach Engelhard D. *Dauer und Wandel in der Geschichte der medizinischen Ethik. Ein Beitrag zur Prüfung der Paradigmenwechsel des Thomas S. Kuhn in der Medizin*. In: Schlaudraff U (Hg.). *Ethik in der Medizin*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 1987: 35.

89 Jaspers K. *Wesen und Kritik der Psychotherapie*. In: Jaspers, K.: *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie*. München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 69-122. a) S. 103; b) S. 84; c) S. 84/85; d) S. 88.

90 Holzhey-Kunz A. *Psychotherapeutisches Zuhören mit einem philosophisch sensibilisierten Ohr*. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2017: 124-147.

91 Wieland W. *Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie*. 1975. Nachdruck in *›Bibliothek des skeptischen Denkens‹*, Verlag Johannes G. Hoof, Warendorf, 2004.

92 Wieland W. *Medizin als praktische Wissenschaft – Die Frage nach ihrem Menschenbild*. In: Girke M, Matthiessen PF (Hg.) *Medizin und Menschenbild*. Bad Homburg: VAS-Verlag; 2015: 25-48.