

BERICHT
aus dem
PSYCHOLOGISCHEN INSTITUT
DER UNIVERSITÄT HEIDELBERG

Diskussionspapier Nr. 12
September 1978

KOGNITIONS- UND SPRACHPSYCHOLOGISCHE
ASPEKTE DER ARZT - PATIENT - KOMMUNIKATION

von
Brigitte Scheele

Technische Herstellung:
Renate Schneider und Universitätsdruckerei Heidelberg

6900 HEIDELBERG 1, HAUPTSTR. 47-51, TEL. 06221/547346

Inhalt

- I. Das Gewicht psychologischer Beschreibungsaspekte und Erklärungskonzepte für die Erfassung und Optimierung der Arzt-Patient-Beziehung
- II. Zwei polare Modelle: autokratische vs. reflexiv-kommunikative Interaktion
 - II.1. Das autokratische Modell
 - II.2. Das kognitive Modell reflexiver Kommunikation
- III. Konstruktive Möglichkeiten der verbalen Kommunikation in der APB
 - III.1. Das Gewicht des Mediums Sprache für die APB
 - III.2. Die kognitiv-operativen Funktionen von Sprache
 - III.3. Sprachverwendung und Handlungskonsequenzen
 - III.4. Emotional-motivationale Versicherung des Patienten
 - III.5. Realisierungsschwierigkeiten und -möglichkeiten

Zusammenfassung

Auf der Grundlage bereits vorhandener Forschungsergebnisse wird die Arzt-Patient-Beziehung in der konventionellen Medizin als autokratisches Modell rekonstruiert. Charakteristisch sind Interaktionsformen und -inhalte, die analog zur naturwissenschaftlichen Erkenntnisstruktur, den Patienten primär als kontrollierbares, materiales Objekt medizinisch-ärztlichen Erklärungs- und Veränderungswissens realisieren (Somatisierung). Dieser Nachordnung der psychischen Dimensionen im traditionellen Krankheits/Gesundheitsbegriff entspricht die Vernachlässigung von Sprache in ihren diagnostischen, beratenden und therapeutischen Aspekten zugunsten ihrer machtinstrumentellen Funktionen (Immunisierung). Die Folgen von Somatisierung und Immunisierung zeigen sich empirisch nachweisbar in psychischen Belastungen auf der Patienten- wie auf der Arztseite und nicht zuletzt in Phänomenen suboptimaler Nutzung medizinischer Technologien. Dem wird programmatisch ein kognitives Modell reflexiver Kommunikation entgegengestellt. Ausgehend von Menschenbildannahmen, die für den Patienten ebenso wie für den Arzt Fähigkeiten zu sinngebender Welt- und Selbstsicht und -veränderung postulieren, werden 'Gesundheit' und 'Krankheit' als subjektive Sinn-Konstruktion über eigene Kontrollfähigkeit, resp. -unfähigkeit und Kontrollverlust aufgefaßt. Damit besteht die Veränderungsfunktion des Arztes für den Patienten darin, ihn einerseits vor Kontrollverlust zu schützen, andererseits subjektive Kontrolle (wieder-)herzustellen. Die Merkmale des herrschaftsfreien Diskurses dienen als regulative Zielvorstellungen für die konstruktive Nutzung von Sprache in der auf Symmetrie ausgerichteten Arzt-Patient-Beziehung. Abschließend werden auf der Basis vorliegender sprach- und kommunikationspsychologischer Ergebnisse Vorschläge für die Realisierung einer symmetrisch argumentativen Arzt-Patient-Interaktion entwickelt.

KOGNITIONS- UND SPRACHPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION

1. Das Gewicht psychologischer Beschreibungsaspekte und Erklärungskonzepte für die Erfassung und Optimierung der Arzt-Patient-Beziehung

Systemkritische Arbeiten beschreiben die konventionelle Arzt-Patient-Beziehung (APB) als eine 'Anti-Beziehung', in deren Folge sich die Möglichkeiten einer effizienten Nutzung medizinischen Anwendungswissens vermindern, während der Entfremdungsdruck im Bereich Gesundheit/Krankheit insbesondere zu Lasten des Patienten steigt:

Trotz aller Unterschiedlichkeit der Erklärungsansätze (z.B. makro- vs. mikroanalytische), trotz aller Vielfalt der empirisch realisierten Beschreibungsaspekte (u.a. Untersuchungen in Krankenhäusern, in Einzel- vs. Gruppen-, allgemeinmedizinischen vs. Facharztpraxen, in unterschiedlichen diagnostischen sowie beratenden und therapeutischen Settings) und trotz der Verschiedenheit angewandeter Untersuchungsmethoden (vom unstrukturierten Interview bis hin zum quasi-experimentellen Versuchsplan) ergibt sich ein empirisch ungewöhnlich einheitlich abgesichertes Merkmalsbild der APB im Rahmen praktizierter Schulmedizin: Sie wird charakterisiert durch eine vergleichsweise außergewöhnlich stark ausgeprägte (Macht-) Asymmetrie zwischen Profession und Laien (FREIDSON 1975); der Arzt allein ist der gesellschaftlich legitimierte Definitions- und Lösungsexperte im Problembereich Gesundheit-Krankheit-Heilung, der Patient dagegen fungiert als Problemträger und weisungsgebundener Erfüllungshelfer ärztlicher Lösungsstrategien. Damit wird dem Arzt gegenüber dem Patienten nicht etwa nur eine überlegene Orientierungs- und Innovationskompetenz zugeschrieben (so z.B. in Bereichen der Informationssuche, Hypothesengenerierung, Bereitstellung alternativer Lösungsstrategien), sondern es wird ihm auch gleichzeitig eine absolute Kontrollmächtigkeit im Hinblick auf problementscheidende Aspekte (wie etwa über problemrelevante Informationen, Problemdefinitionen und Lösungsbewertungen, Auswahl und Anwendung therapeutischer Maßnahmen) zugestanden. Eine solche autokratische Beziehungsstruktur reduziert den Machtbetroffenen um die Möglichkeiten einer aktiven, selbstverantwortlichen Teilnahme am Problemlösungsprozeß, was schließlich dazu führt, daß ihm die Problemsituation, zumindest zu großen Teilen, undurchschaubar bleibt bzw. wird. Und da aufgrund des Machtgefälles ein gleichberechtigter Austausch von problemorientierten Informationen, Erwartungen und Bedürfnissen nicht stattfindet, steht die APB permanent in der Gefahr, unkontrollierbare Fehlinformationen, -einschätzungen und -interpretationen, Erwartungsverletzungen und Bedürfnisverfehlungen anzuhäufen, die dann ihrerseits belastende Verunsicherungen, Angstreaktionen, Aggressions- bzw. Abwehr-/Rückzugsverhalten bewirken. So kann unter der Hand ein Teufelskreis zunehmender Irrationalität entstehen, während beide Seiten von der Erwartung einer zunehmenden Problemlösungsrationalität zumindest ausgegangen sind (s. dazu II.1.).

Im Gegensatz zu der äußerst homogenen und weitgehend situationsinvarianten Zustandsbeschreibung der APB der konventionellen Medizin sind jedoch die Daten zur Erklärung und Veränderung der asymmetrischen Strukturen für eine Nutzenoptimierung zugunsten des Patienten extrem uneinheitlich, z.T. auch widersprüchlich (vgl. z.B. die Ergebnisse zum Befolgungsverhalten – compliance-Forschung –: DIETZSCH & REICHWALD 1977). Gründe für die Uneinheitlichkeit sind zu großen Teilen in der suboptimalen Realisation der Wissenschaftskriterien wie 'Präzision und logische Konsistenz, Prüfbarkeit und Bestätigung' (vgl. GROEBEN & WESTMEYER 1975) zu finden (vgl. z.B. die Methodenkritik für den Umgang mit dem Konstrukt 'Information' von WAITZKIN & STOECKLE 1972). Sie liegen aber auch

und vermutlich entscheidend im 'Gegenstand' selbst, der sich gerade wegen seiner ungleichverteilten Machtcharakteristika einer Empirisierung (Befragung, Beobachtung, Messung durch Dritte) gern entzieht:

Selten berichten die Autoren empirischer Untersuchungen allerdings über unkooperative Patienten – wenn, dann kann die Verweigerung zumeist mit der Furcht vor Belastungen der APB durch die vermeintliche Zwischenträgerfunktion des Untersuchers aufgeklärt werden; vornehmlich sind es die Ärzte, die häufig mit dem Verweis auf die geringe Belastbarkeit des Patienten, sein Recht auf selbstkontrollierte Privatheit etc. problemadäquate Durchführungen be- oder verhindern.

Die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse hat dagegen ihre Gründe hauptsächlich in der Entwicklung des Forschungsprogramms selbst, in dem anfänglich für die Empirisierung relativ theoriearme sozialmedizinische Ansätze dominierten (s.u.a. die widersprüchlichen Befunde zum Zusammenhang 'Soziale Schicht' und 'Befolgsrate': DIETZSCH & REICHWALD 1977), daneben aber soziologische Theoreme höchster Abstraktionsstufe entstanden (vgl. das 'Überdauern des Regressionstheorems von PARSONS', Kritik bei SIEGRIST 1972), die ihrerseits empirie leer bleiben (TWADDLE 1972). Solche Erklärungsschwäche und die mit ihr zwangsläufig verbundenen Nutzungsschwierigkeiten sind nun allerdings nicht primär auf notwendig auftretende Orientierungsprobleme in der Anfangsphase der Gegenstandskonstituierung zurückzuführen, sondern auf die sozialmedizinische Frageperspektive, die sich aufgrund ihrer eigenen impliziten Menschenbildannahmen mit denen der herrschenden Medizin (s.u.) identifizieren konnte und so problemlos vereinnahmt wurde. Doch erst der Perspektivewechsel von einer machtkonformen Sozialmedizin zu einer ideologiekritischen Medizinsoziologie (STRAUS 1957) ermöglicht die Benennung der Aporien und Mängel sozialmedizinischer Provenienz, als deren zentrales Charakteristikum die Abschottung medizinischer Praxis gegen die Interessen, Bedürfnisse, Kenntnisse und Problemlösungsaktivitäten der (potentiellen) Klienten herauszustellen ist (vgl. ZOLA 1972).

Ein Beispiel innerhalb des Befolgungsproblems haben DIETZSCH & REICHWALD formuliert: 'Bedingungslose Befolgungsforderungen lassen unbeachtet, daß Mediziner und Laien Schäden durch Arzneimittel beobachten, die eine kritiklose Akzeptierung von Medikationen geradezu verbieten.' (1976, 3)

Gleichzeitig öffnet sich die Forschung für Fragen nach handlungsleitenden und Verhalten kontrollierenden Faktoren (vgl. u.a. ADLER 1977; McKINLAY 1972; MECHANIC 1968; SCHMÄDEL 1975c; THORBECKE 1975) bei der Anwendung und Nutzung medizinischen Wissens und Technologien (z.B. nach Wertsystemen, Normen, Einstellungen, Erwartungen, Krankheitstheorien, impliziten Persönlichkeitstheorien, Lösungskonzepten, ökologischen Determinanten etc., s.u.). Innerhalb dieser Fragen wird dann auch die theoretisch-empirische Auseinandersetzung mit dem Problem der Einbeziehung bzw. Ausgrenzung psychologischer Verhaltensdeterminanten direkt forschungsrelevant.

Dabei lassen sich gerade unter dem Aspekt der Veränderbarkeit der kritisierten APB gewichtige Gründe nennen, psychologische Dimensionen nicht nur wie bisher auf die Beschreibung der APB (mit Konstrukten wie 'Instruktionsgebung und -verständnis', 'akzeptierendes Verhalten', 'Zufriedenheit' etc.) zu beschränken, sondern psychologische Konzepte (wie beispielsweise 'Angst', 'Selbsterklärungsverhalten', 'subjektive Kontrolltheorien' etc.) als Erklärungskonstrukte vergleichsweise mittlerer Reichweite zur Überbrückung des Erklärungsabstandes zwischen soziologischen Explanantien (Erklärungen) und psychologischen Explananda (zu erklärende Phänomene, Beschreibungen) heranzuziehen:

– erstens gewinnen die medizinsoziologischen Ableitungsstrukturen durch die theoretische Nähe psychologischer Explanantien zu den genannten Beschreibungsdimensionen an methodo-

logisch zu fordernder Ableitungsdichte (Stringenz) und Präzision;

- zweitens steigt mit der präzisierenden Ausdifferenzierung des Erklärungsbereichs über verhaltensnahe psychologische Dimensionen seine prognostische Validität und damit (wegen der Strukturanalogie von Erklärung, Prognose und Technologie, vgl. PRIM & TILMAN 1973) die empirische Begründbarkeit von Veränderungsstrategien;
- drittens werden inhaltliche Differenzierungen der AP-Interaktionen nach Sukzedenz- und Antezedenzvariablen (Aspekte des Senders/Arzt – Aspekte der Interaktion – Aspekte des Empfängers/Patient und der Rückkoppelung) möglich, wodurch sich die empirische Prüfbarkeit medizinsoziologischer Ansätze erhöht. Hinzukommt, daß sich mit einer solchen Ausdifferenzierung der 'wenn-dann'-Zusammenhänge Variablenkomplexe eruieren lassen, die einer empirischen Erforschung politisch wie methodologisch-methodisch leichter zugänglich und im Hinblick auf unerwünschte Nebenfolgen systemverändernder Forschungsinstrumentalität verantwortungsvoller handhabbar sind als soziale Phänomene auf dem Komplexitätsniveau von Organisationsstrukturen, wie sie z.B. von FREIDSON (1975) als einzig sinnvoll vorgeschlagen werden;
- viertens kommt die erklärungs-theoretische Verknüpfung von medizinsoziologischen und -psychologischen Konstrukten inhaltlich einer neuerlichen forschungspragmatischen Umorientierung in Richtung auf problem-, prozeßakzentuierende, kontext- und zielspezifische Probleme entgegen. Man verzichtet bewußt auf anspruchsvolle Universalitäts-, Konstanz- und Stabilitätsannahmen und hofft mit der so angezielten größeren Realitätsnähe die Praxisrelevanz wissenschaftlichen Handelns zu steigern (vgl. KÖHLE et al. 1976). Hier zeigt die Entwicklung der compliance-Forschung eindrucksvoll, wie zunächst unter den genannten Generalitätsvoraussetzungen offensichtlich vergeblich nach dem Typ des 'Nicht-Befolgers' gesucht wurde (vgl. BLACKWELL 1972; SVARSTAD 1976). Die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen jedoch eher für die theoretische Fruchtbarkeit einer Wechselwirkungs-Perspektive (die Interdependenzen von state-(Zustands-) wie trait-(Persönlichkeitszüge-) Dimensionen der APB-Faktoren für die Erklärung des Befolgens/Nicht-Befolgens ärztlicher Anweisungen untersucht), die m.E. umfassend nur unter Hinzuziehung psychologischer Konstrukte des Verhaltens und Erlebens konzeptualisiert werden kann;
- fünftens: sozialwissenschaftliche Gegenstandskonstituierung unterliegt metatheoretischen Wertungsdimensionen (Menschenbildannahmen, Methodologien etc.), die sowohl auf die Gegenstandsperspektive als auch auf ihre methodische Realisierung Einfluß haben (vgl. GROEBEN & SCHEELE 1977, 125ff.). Diese Wertungsdynamik sozialwissenschaftlichen Problemlösens ist untrennbar auch mit dem soziologischen Engagement an medizinischer Praxis verbunden, wie u.a. die oben angedeutete Gegenstandsentwicklung machtdissonanter Forschungsansätze gegenüber einer medizinimmanenten Soziologie deutlich erkennen läßt. – Im Gegensatz zu der bereichsabgrenzenden Verwendung der beiden Programmbezeichnungen 'Medizinsoziologie' und 'Sozialmedizin', wie sie in Anlehnung an STRAUS (1957) z.T. gebräuchlich ist (vgl. FREIDSON 1975), unterscheide ich die beiden Forschungsansätze deswegen vor allem im Hinblick auf ihre Wertungsimplicationen, wodurch unabhängig vom Gegenstandsbereich eine Zuordnung der vorliegenden Einzelarbeiten möglich wird. Damit wird m.E. eine unkritische Identifizierung des Gegenstandes mit einem der beiden Forschungsprogramme vermieden, die in der Bearbeitung von anstehenden Problemen nur zu inadäquaten Problemvermeidungen führt – wie etwa, Probleme der APB im intrainstitutionellen Raum der Sozialmedizin zu überlassen. – Das anti-ideologische Potential der medizin-soziologischen Entwicklung zeigt aber auch, daß Wertungsimplicationen nicht notwendigerweise mit enthumanisierenden Macht-tendenzen identisch sein müssen (die WEBER mit seinem Wertfreiheitspostulat zu Recht ein für alle Mal aus der Welt zu schaffen versuchte); dennoch besteht wohl kein Zweifel, daß Forschung mit impliziten Werturteilen ideologische Inhalte transportieren und realisieren kann. Diese Gefahr kann zwar nicht grundsätzlich vermieden, aber zumindest reduziert werden, indem u. a. schon zu Beginn der Problemdefinition (Ist-Sollzustand-Bewertung) ein höchstmöglicher Grad an Explizitheit und empirischer Begründbarkeit der einfließenden Werturteilungsmengen angestrebt und in der Programmentwicklung weiterhin theoretisch-empirisch kritisierbar aufrechterhalten bzw. angestrebt wird. Unter diesem Aspekt der Kritisierbarkeit der eigenen Gegenstandskonstituierung gerade systemkritischer Ansätze im Bereich Gesundheit/Krankheit gehören psychologische Dimensionen m. E. unverzichtbar zu einer empiriegeleiteten Ziel-Heuristik (z.B. bei der Erstellung realitätsangemessener Anforderungskataloge für die APB) einerseits wie zur Überprüfung entsprechender Veränderungstechnologien andererseits dazu. Ein Verzicht auf ihre heuristischen und Validierungsfunktionen heißt praktisch, die kritisierte Normenautonomie herrschender Medizin durch die eigene, nicht weniger unkritisierte Wertungsautonomie zu ersetzen. Daß eine a priori vorgenommene Ausklammerung psychologischer Dimensionen zu Unzulänglichkeiten, ja z. T. extrem leidvollen Konsequenzen führt, hat der medizin-soziologische Ansatz für die Organmedizin längst überzeugend nachgewiesen (s. u. II).

Im Folgenden wird versucht, zunächst die wertungsdynamisch unvermeidbaren Reduktionstendenzen der APB traditioneller Medizin herauszuarbeiten (II. 1.), um dann deren potentielle Überwindbarkeit mit Hilfe des Modells reflexiver Kommunikation zu diskutieren (II.2). Abschließend werden sprach- und kommunikationspsychologische Konsequenzen im Hinblick auf die zu vermeidenden Interaktionsfehler der autokratischen APB gezogen und Konzepte für die Entwicklung symmetrisch-argumentativer AP-Interaktionen vorgeschlagen (III.).

II. Zwei polare Modelle: autokratische vs. reflexiv-kommunikative Interaktion

II.1. Das autokratische Modell

Die Ungleichverteilung der Problemlösungs- und -bewertungsaktivitäten zwischen Arzt und Patient ist m. E. der übereinstimmende Angriffspunkt der kritischen Rekonstruktionen und empirischen Analysen zur traditionellen APB. Strukturell entspricht die von ihnen infragegestellte einseitige Belastung der Arztseite mit den für den Lösungsprozeß erkenntnistheoretisch, ethisch und sozialpolitisch (s.u.a. Arbeitsfähigkeits-/unfähigkeitszuschreibungen, DREITZEL 1972, 77) bedeutsamen Funktionen und Handlungskompetenzen der asymmetrischen Subjekt-Objekt-Beziehung, wie sie das Paradigma naturwissenschaftlicher Forschung auf der Wertbasis einer grundsätzlich möglichen und notwendigen Kontrolle des reflexiven Subjekts (Forscher) über ein a-reflexives Objekt (Natur) entwickelt hat. Denn da sich die Humanmedizin in der eigenen Wissenschaftskonzeptualisierung eng an dem naturwissenschaftlichen Wissenschaftsideal orientierte, entwickelte sie ihrerseits auf der Grundlage eines 'materiellen Monismus' (MITSCHERLICH 1967, 146) eine Problemsicht, die mit den methodologischen Anforderungen an eine 'exakte' Wissenschaft kompatibel ist: sie postuliert eine rein organismische Gegenstandskonzeption im humanen Bereich von Krankheit/Gesundheit unter Ausschluß seiner psychischen und sozialen Dimensionen (vgl. u.a. BULTHAUP 1973, DAVISON & NEALE 1974; KEUPP 1972;1974). Das Ergebnis einer widerspruchsfreien Verschränkung von (inhaltlicher) Gegenstandsauffassung und (methodologischer) Rationalitäts- gleich Exaktheitsanforderung mit der für die naturwissenschaftliche Wissenschaftskonzeption charakteristischen Vorordnung der Methodologie vor die Gegenstandsperspektive (vgl. GROEBEN & WESTMEYER 1975) ist eine Gegenstandskonstituierung, die – ausgehend von einer einseitig determinierten somato-psychischen Erklärungsstruktur (MITSCHERLICH 1967, 140) – das menschliche Subjekt 'depersonalisiert', indem sie als zentrale Subjektmerkmale seine a-reflexiven, somatischen Dimensionen untersucht, seine reflexiven (wie kognitive Selbst- und Weltsicht etc.) dagegen als Störvariable eliminiert (vgl. CLYNE 1972). Die auf diese Weise methodologisch-inhaltlich legitimierte Somatisierung wird realisiert durch ein irreversibles Reflexivitätsgefälle zwischen Forscher und Laie. Damit aber ist die Wertungsautonomie der Organmedizin endgültig eingerichtet, denn auf diesem Argumentationshintergrund sind erstens 'Probleme' rational überhaupt nur noch von der Reflexionsseite (Forscher, Arzt) erkenn- und lösbar, zweitens sind (subjektive) Krankheits-/Gesundheitsphänomene als existente Probleme nur dann anerkennbar, wenn sie in der naturwissenschaftlichen-methodischen Struktur benannt, d.h. potentiell erfolgreich definiert und gelöst werden können (symptomatisch dafür ist die Ablehnung gegenüber psychosomatischen Ansätzen), was drittens bedeutet, daß eine enthumanisierende Problemgenerierung/-normierung tendenziell immer möglich ist (s. Gaskammern: MITSCHERLICH 1967). Die Abschottung gegenüber reflexiven Dimensionen des menschlichen Subjekts (Laie, Patient) im Bereich Krankheit/Gesundheit hat ihre Entsprechung auf der metatheoretischen Ebene, denn die – paradigmaimmanent nicht überwindbare – Vorordnungsrelation (von Methodologie vor Gegenstandsauffassung) führt auch hier zu einer Immunisierung der praktizierten Wissenschaftskonzeption gegen eine komplexere Problemsicht (vgl. die wissenschaftstheoretische Reflexionsarmut der konservativen Medizin im Vergleich zu sozialwissenschaftlichen Nachbarfächern; vgl. HORN 1972, 80). Diese Phänomene legen die Annahme nahe, daß die Somatisierungs-/Immunisierungsdynamik (s.u.) der traditionellen Wissen-

schaftskonzeption auch die konkrete AP-Interaktion bestimmt; wobei die beherrschenden Determinanten des Gesundheitssystems (formelle und informelle Standesorganisationen, die Ausbildungssituation und dergl. mehr) zweifellos entscheidend zur Aufrechterhaltung dieser Tendenzen in der praktizierenden Medizin beitragen (vgl. u.a. ENGELHARDT et al. 1973; FREIDSON 1975; KAUPEN-HAAS 1969; MAUSBACH 1971; SEIDLER 1972; WULFF 1971).

Da davon auszugehen ist, daß sich in dem am stärksten kognitiv-reflexiven Medium, nämlich der Sprache, Merkmale des Wissens und Denkens des Menschen über sich selbst und seine Beziehung zum anderen am direktesten manifestieren, ist als (testkritischster) Bereich für den empirischen Nachweis der behaupteten Übereinstimmung zwischen forschungsleitendem Annahmenkern der Organmedizin und den operativen Implikationen medizinischer Praxis die verbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient anzusetzen. Erwartet werden Interaktionsformen und -inhalte, die den Patienten als kontrollierbares, materiales Objekt medizinisch-ärztlichen Erklärungs- und Veränderungswissens konstituieren/realisieren (Somatisierung) und entsprechend seine reflexiven Dimensionen reduzieren und damit die Möglichkeiten zur Überwindung der Somatisierung eliminieren (Immunisierung). Und in der Tat sprechen die bereits vorliegenden Ergebnisse für die Somatisierungs-Immunisierungsthese. — Denn analog zur nicht-reziproken Subjekt-Objekt-Beziehung der organismischen Gegenstandsauffassung ist Sprache kein integraler Bestandteil der APB: allein die ermittelten Durchschnittswerte für die Dauer der täglichen Visite pro Patient (SIEGRIST 1976, 33: 48sek.; REIMANN 1976, 149: 1,7 min.; RASPE 1976, 63: 2-3 min.) weisen die verbale Kommunikation als im Grunde irrelevante Dimension der APB aus. Ebenso zeigen die Kommunikationsstrukturen und -inhalte Asymmetrien im Sinne von Somatisierung und Immunisierung. Der Arzt determiniert Thematik und Umfang der Interaktion in Richtung auf eine vorwiegend befundzentrierte Hypothesen-, Prüf- und Instruktionsprozedur, die dem Patienten wenig Möglichkeit läßt, die für ihn bedeutsamen Informationen an den Arzt zu vermitteln und selbst Wissenswertes abzufragen (vgl. COULTHARDT & ASHBY 1975).

In einer Untersuchung von PRATT et al. (1957) stellte 1/3 der Patienten keine Fragen während der Visite; RASPE errechnete aufgrund eigener Beobachtungen ein Mittel von einer Frage pro Patient und klassifizierte 90 % der Patientenäußerungen als '(reaktive) Antworten auf an ihn gerichtete Fragen oder Mitteilungen' (1976, 65). Dabei haben die verbalen Äußerungen des Patienten kaum heuristische Funktionen und erst recht keine Validierungsqualitäten für die Problemsicht des Arztes (vgl. RUPRECHT 1972, 58): Subjektive Beobachtungsdaten, Erklärungskonzepte, Krankheitstheorien werden — in der methodisch-inhaltlichen Vermeidung mentalistischer Konzepte durchaus paradigmaadäquat — nicht oder nur unsystematisch erhoben (vgl. ENGELMANN et al. 1973; KORSCH & NEGRETE 1972; SIEGRIST 1977), obwohl bereits eine Fülle empirischer Evidenzen für die starke kognitive Determination des je individuellen Gesundheits-/Krankheitsverhaltens vorliegen (s.u. II.2.; III). Daß die empirischen Befunde die Somatisierungs-/Immunisierungsthese nicht immer so 'rein' wie erwartet bestätigen, ist möglicherweise schon damit erklärt, daß die Ergebnisse in der Regel an 'nicht-repräsentativen' Stichproben gewonnen wurden, insofern als die Minderheit der untersuchungskooperativen Ärzte (Institutionen) gegenüber dem traditionellen Paradigma zumeist kritisch eingestellt ist.)

Dementsprechend findet auch in der autokratischen APB kein kommunikativer Austausch über gemeinsame, resp. unterschiedliche Problemeinschätzungen während des diagnostisch-therapeutischen Prozesses statt (vgl. KAUPEN-HAAS 1969): Fragen und Mitteilungen des Patienten (auch und gerade hinsichtlich erlebter, nicht meßbarer Phänomene) werden vom Arzt in aller Regel nicht als potentielle Falsifikatoren der eigenen Konzeption gesucht, sondern mit Hilfe destruktiver Dialogsteuerung vermieden/abgewendet.

SIEGRIST (1977) arbeitete auf der Grundlage von 189 Tonbandprotokollen 5 generelle Eliminierungstechniken heraus: (1) 'Aufrechterhaltung von Ungewißheit' (beim Patienten; SCHIED o. J.): "durch Negativ-Antworten, Vagheiten, oder Verweise auf die Exklusivität" ärztlichen Wissens (ebda); (2) Zerstörung von Initiativen (auf seiten des Patienten durch verbale Ablehnung, Zurückweisung etc.); (3) Adressatenwechsel; (4) Abrupter Themenwechsel; (5) Ablenkung vom Thema ("Überhören, Übergehen, Nichtbeachten von Patientenäußerungen" (SCHIED o. c.). ENGELMANN et al. beobachteten Fremdironie, moralische Entrüstung und verbale Einschüchterung als Reaktionen auf unerwünschtes Patientenverhalten (1973).

Der Ausschluß kritischer Reflexivität des Patienten von seiten des Arztes aber impliziert, daß er tatsächlich nur 'die Patientenprobleme anerkennt, die er selbst definiert und nur die Bedürfnisse des Patienten für legitim hält, die er ihm von sich aus zubilligt', wie ROHDE es für das System 'Krankenhaus' behauptet (1975, 196). Gleiches gilt umgekehrt für das ärztliche Aufklärungs-/Informationsverhalten: Der Arzt gibt ungefragt kaum, auf Fragen des Patienten nicht viel mehr Auskünfte (SIEGRIST, 1977); angesichts infauster Prognosen tendiert er dazu, relevante Informationen zurückzuhalten (WAITZKIN & STOECKLE 1972, 200); je mehr er das Krankheitswissen des Patienten unterschätzt, desto weniger Aufklärung betreibt er (PRATT et al. 1957). Er thematisiert überwiegend therapeutische Inhalte, während der Patient an seiner 'sozialen Prognose' (wie Dauer des Krankenhausaufenthalts, zukünftiger Leistungs-/Handlungsfähigkeit etc) interessiert ist. (SIEGRIST 1977) Ärztliches Wissen wird vergleichsweise selten in einem für Patienten verstehbaren Zusammenhang von Erklärung, Prognose und Technologie vermittelt, sondern mitgeteilt werden vorwiegend isolierte Fakten (PRATT et al. 1957; vgl. auch ENGELHARDT et al. 1973; FULLER & QUESEDA 1973; GOLDEN & JOHNSON 1970; SIEGRIST 1977). Zusätzlich beeinträchtigen Fachjargon, unpräzise, ambige Formulierungen die Verstehens- und Verständigungsmöglichkeiten des Patienten erheblich (GOLDEN & JOHNSON 1970; vgl. SPELMAN et al. 1966; nach HUGH-JONES et al. (1964) hatten trotz der Informationsanstrengungen von seiten der Ärzte 20 % der Patienten falsche Vorstellungen über die Diagnose, wobei in 3 Fällen die falschen Vorstellungen hätten gefährlich werden können (z. B. nahm ein Patient mit Myocardinfarkt an, er hätte Tuberkulose: LEY & SPELMAN 1967, 31). Sachorientiertes Fragen von seiten des Patienten wird häufig personenbezogen als Mißtrauen gegenüber der 'ärztlichen Kunst' gedeutet und entsprechend auf Beziehungsaspektebene bestraft (SIEGRIST, 1977) – auf diese Weise kann der Arzt "die Last der Verantwortung für die Beziehungserfüllung im wesentlichen dem Patienten aufbürden, sich selbst aber von der Last befreien, den Klienten davon überzeugen zu müssen, daß willfährige Unterwerfung in seinem Interesse ist." (FREIDSON 1975, 87) Krisensituationen (für den Arzt: subjektiv empfundener Mangel in Bezug auf sein diagnostisch-therapeutisches Wissen z. B. im Umgang mit unheilbar Kranken; vgl. ENGELHARDT et al. 1973, RASPE 1967) erhöhen offensichtlich die doktrinär-akommunikativen Tendenzen, für die ein Absinken – bis hin zur Verweigerung – von Informationsgebung, dagegen ein Anstieg von Glaubenssätzen und von Durchhalteapellen an die Leidensfähigkeit des Patienten charakteristisch sind. Zu solchen Suggestivformen von Sprache, zu Instruktionen ohne rationale Begründung neigt der Arzt auch in der Beantwortung motivationaler Schwierigkeiten auf seiten des Patienten (ENGELHARDT et al. 1973); Sprache hat in der autokratischen APB kaum bis gar keine therapeutischen Funktionen im Sinne gemeinsamer Konfliktbehandlung zur Sicherung/Herstellung psychischer Bewältigungsdimensionen (wie Einsicht in Problemzusammenhänge, affektive Stabilität, autonome Motivation, änderungsrelevante Verhaltenskompetenzen etc.; vgl. MITSCHERLICH 1967; RUPRECHT 1972; THORBECKE 1975). Die Mehrzahl der Patienten wünscht dagegen mehr Information, konzeptuelle Aufarbeitung, die die eigene Zukunft vorhersagbar macht (CARTWRIGHT 1964; FULLER & QUESEDA 1973; SIEGRIST 1976; SPELMAN et al. 1966; vgl. auch McINTOSH 1974; WAITZKIN & STOECKLE 1972), sowie entscheidend mehr Akzeption und Verständnis in Bezug auf die eigene Problemsicht (KOOS 1967b; KORSCH & NEGRETE 1972; READER et al. 1957).

Schließlich zeigt sogar das ärztliche Instruktionsverhalten in der Vernachlässigung von Patientenkognition, -motivation, -verhaltensmöglichkeiten und -grenzen Somatisierungs-Immunsierungscharakteristika: ärztliche Anweisungen sind selten ganz explizit und präzise; ihre konzeptuelle Darbietung entspricht offensichtlich mehr dem Wissenshintergrund und den Verarbeitungsfähigkeiten/fertigkeiten des Arztes selbst; denn gemessen an den Verstehens-, Behaltens- und Umsetzungsmöglichkeiten der meisten Patienten werden zumeist zu viele und komplex-abstrakte Instruktionen gegeben, und da ihnen kaum befolgungsrelevante Erklärungskonzepte vermittelt werden (s. o.), verwundert es nicht, daß ärztliche Anweisungen nur z.T. verstanden, die meisten vergessen ($1/3 - 1/2$: LEY et al. 1973), einige falsch erinnert und letztlich nur ein Bruchteil anweisungsadäquat umgesetzt werden (SVARSTAD 1976; vgl. AIKEN 1976; BLACKWELL 1972; DAVIS 1968; DIETZSCH & REICHWALD 1977; LEY 1977; LEY et al. 1973; LEY & SPELMAN 1967). Und da der Arzt seine Anweisungen nicht systematisch auf Verständnis und Einhaltung überprüft, hat er auch keine Möglichkeit, nichtintendierte Nebeneffekte zu korrigieren, Einsicht und Motivation als notwendige Bedingung angemessenen Befolgungsverhaltens auf seiten des Patienten zu steigern etc. (SVARSTAD 1976).

Somatisierung und Immunsierung haben ihre kognitiv-motivationalen Entsprechungen im Rollenverständnis, im Wert- und Wissensbereich sowohl auf der Arzt- als auch auf der Patientenseite:

Nach den bisher erhobenen Daten bewerten Ärzte (relativ) überwiegend die medizinisch-ärztlichen Problemlösungskompetenzen als die einzig sachadäquaten. Dabei halten sie nicht nur ihr akademisches Wissen, ihre technologischen Erfahrungen und technischen Fertigkeiten für grundsätzlich problemlösungsrelevanter (als die des Laien/Patienten), sondern empfinden sich gegenüber dem Laien/Patienten auch als die rational, sozial und moralisch überlegenen. Ihr Patientenstereotyp besitzt folgerichtig die Negativcharakteristika dieser außerordentlich positiven Selbstbeschreibung: der Patient verhält sich regrediert, problemlösungsaktiv, emotional unfähig zur dialogen Problemauseinandersetzung; mit tendenziell magischen Erfolgshoffnungen und -ansprüchen hinsichtlich der 'ärztlichen Kunst' fühlt er sich aufgehoben in der väterlich fürsorgenden, omnipotenten Aktivität des Arztes. Sie glauben, die angenommenen intellektuellen und moralisch-strukturellen Defizienzen und aktuellen Dekompensationen des Patienten jeweils durch die eigene (genuine) psychische Überlegenheit verbunden mit aufopfernder Anstrengung kompensieren zu müssen und tatsächlich auch zu können. Entsprechend betrachtet die Mehrheit der (befragten) Ärzte die asymmetrisch-autokratische APB als sinnvoll notwendige Voraussetzung im Hinblick auf eine effektvolle Realisierung eines solchen Leistungsanspruchs, fordert den gehorsamen, leicht lenkbaren und die eigene Autorität dankbar schätzenden Patienten ("der ideale Patient will den Führungsanspruch des Arztes, er ist nachgiebig, geduldig, anspruchlos, verzichtsbereit und leicht zu überzeugen..." nach den Daten von GEISSLER (1962): SCHORR 1969, 1101) und fordert schließlich auch eine höhere finanzielle Vergütung ihrer altruistischen Bemühungen (vgl. u.a. die Ergebnisse von DEPNER 1974; GEISSLER 1962; KAUPEN-HAAS 1969; KOCH 1975). Die auffallende Komplementarität von Selbsteinschätzung und Patientenerwartungen auf seiten des Arztes wird durch Studien, die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Erwartungen aufzudecken versuchen, bestätigt und präzisiert.

So z.B. konnte BECKMANN (zusammen mit anderen) drei bedeutsame Erwartungs-Dispositionstypen (Neurotikern gegenüber) faktorenanalysieren:

- (a) der von der Grundstimmung her eher depressive Arzt erwartet einen 'unabhängigen, aufgeschlossenen, frohen' Patienten;
- (b) der dominante, machstrebige Arzt erwartet einen 'anklammernden, fügsamen, anspruchlosen, konkurrenzfähigen, traurig verstimmt' Patienten (dem kommt wohl das Arztstereotyp der Forschung am nächsten: s.o)

- (c) der Arzt mit 'hypomanischen' Tendenzen erwartet einen 'eigensinnigen, anspruchsvollen, zur Zwanghaftigkeit neigenden' Patienten.

Lediglich "der mißtrauische, verschlossene, eher zurückhaltende Arzt erwartet Patienten, die ihm ähnlich sind." (BECKMANN 1972, 137)

Selbst- und Fremdbeschreibungen seitens der Patienten scheinen den Komplementaritätsbedürfnissen und -anforderungen des machtstrebigen Typus (b) die meiste Realgeltung zu verschaffen: Nach KOCH (1975) bestätigen sie die ärztlichen Aktivitäts-Passivitätskognitionen, indem sie den Arzt letztlich als nicht hinterfragbare Führungs/Entscheidungsinstanz akzeptieren, Treue und 'ständige Einsatzbereitschaft von ihrem Arzt erwarten' (o.c., 16). Nach GEISLER (1962) wünschen sich die Patienten einen Arzt, der "selbstbewußt, souverän, sicher, autoritativ und dabei Vertrauen einflößend ist" (SCHORR 1969, 1101; vgl. zum 'Bild des guten Arztes': MECHANIG 1968). Auf dem Hintergrund ergänzender, präzisierender Daten ist freilich zu fragen, ob diese Patientenanforderungen tatsächlich Bedürfnisse i.S. zwangsläufig mit Krankheit einhergehender Regressionstendenzen repräsentieren.

Daß der Laie/Patient so passiv nicht sein kann, wenn er sich krank fühlt — wie es die Organmedizin impliziert und es z.T. durch m.E. zu kurzgreifende Erhebungsmethoden von den empirischen Ergebnissen her bestätigt wird — ist Untersuchungen zu subjektiven Gesundheits-/Krankheitstheorien, zur Selbst(Laien)diagnose und -therapie, zum Arztbesuch etc. zu entnehmen: danach bewältigt der Laie ca. 2/3 bis 3/4 der ihn direkt (und indirekt durch Familienmitglieder) betreffenden Krankheitsepisoden gänzlich ohne jede ärztliche Hilfe (THORBECKE 1975; vgl. u.a. PFLANZ et al. 1966; ZOLA 1972). In der Regel wird dabei der Arzt erst dann aufgesucht, wenn das (Laien)Wissen einschließlich der zur Verfügung stehenden Selbstbehandlungsstrategien als problemunzureichend erkannt wurden, wobei unterschiedliche Ziele (Arbeitsfähigkeit, soziale Attraktivität) die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfeleistungen durchaus als zweckrationales Handeln des Individuums ausweisen (SCHMÄDEL 1975c). Postuliert man den Laien/Patienten als eben einen solchen 'personal scientist' auch für die APB, wird plausibel, wieso er wahrgenommene Arztmerkmale wie 'Aufmerksamkeit', 'Verstehen/Verständnis' und 'Mittelsamkeit' schätzt, ihm dagegen ärztliche Unkommunikativität eher eine Aura distanzierenden Geheimnisträgertums vermittelt, die ihn verunsichert (KUTNER 1960; SEIDLER 1972). Daß das Passivitätspostulat die kognitiven und emotiv-motivationalen Bedürfnissen des Patienten nicht angemessen beschreibt, zeigt ebenso die (wiederholt bestätigte) Diskrepanz zwischen Informationsgebung (Arzt) und Informationswünschen (Patient):

Trotz intensiver Informationsbedürfnisse halten Ärzte (80-90 %) angesichts unheilbarer Krankheiten die entscheidenden Informationen zurück; Interviews mit informierten Krebspatienten ergaben — bis auf wenige Ausnahmen — daß die Patienten konstruktiv auf die offenen Informationsgebung eingehen; nicht-informierte Sterbende (74 %) kommen zumeist sogar auch ohne explizite Information zu realitätsadäquaten Einschätzungen ihrer Situation (vgl. BEGEMANN-DEPPE 1967; McINTOSH 1974; WAITZKIN & STOECKLE 1972); nach DEMELING & FLÜGEL (1975) wollen überhaupt nur 8 % (n=222) der befragten (stationären) Patienten einer Medizinischen Klinik keine Aufklärung über ihre Krankheit, dagegen 49 % teilweise vollständig über ihre Erkrankung aufgeklärt werden; für den Fall einer unheilbaren Erkrankung wählten 62 % (von 230) die Möglichkeit der vollen Aufklärung (Selbsterklärung: 59 % wollen grundsätzlich immer die Wahrheit wissen; 34 % wegen der Erledigung persönlicher Angelegenheiten; 8 % möchten andere/weitere Hilfe in Anspruch nehmen); dagegen lehnten nur 3 % eine Aufklärung gänzlich ab: vgl. auch KOCH 1975; LEY 1977; RASPE 1976; ROBINSON 1974; SIEGRIST 1976).

Schließlich sind die positiven Wirkungen patientenorientierter Instruktionsgebungen auch nur mit der Einbeziehung kognitiv-motivationaler Dimensionen des Patienten zu erklären: Ereignisvorstrukturierende (Advanced Organizer: s.u. III) und handlungsbegleitende Instruktionen reduzieren auf der Patientenseite Erwartungsängste und realitätsverzerrende Wahrnehmungen,

korrigieren falsches Zusammenhangswissen des Patienten, vermitteln ihm realitätsrelevante Beobachtungskategorien und Erklärungskonzepte, so daß er sich insgesamt weniger affektgesteuert verhalten muß, sondern erwiesenermaßen problemadäquater und kooperativer handeln kann als der nicht-instruierte Patient (DUMAS et al. 1965; EGBERT et al. 1963; LEY & SPELMANN 1967; MEYERS 1965). Aufgrund dieser empirischen Evidenzen liegt die Vermutung nahe, daß anstelle einer physisch bedingten psychischen Inaktivierung eine kognitive — externe Bedingungen reflexiv verarbeitende — Anpassungsleistung auf der Patientenseite anzusetzen ist, für die der 'institutionelle Anpassungsdruck sowie reale Sanktionsangst verantwortlich zu machen sind' (SIEGRIST 1976, 43). Dabei halten sich Patientenerwartungen hinsichtlich medizinischer Fähigkeiten einerseits und Soziabilität in der Beratung/Betreuung andererseits generell die Waage: je nach der subjektiven Einschätzung vorliegender Schwierigkeiten, eigener Kompensationsmöglichkeiten, resp. Hilfsbedürftigkeit werden jedoch die eigenen Bedürfnisse vom Patienten in der Anpassung an die von ihm subjektiv wahrgenommenen Gegebenheiten der APB z.T. vernachlässigt (READER et al. 1957). Mit dem Ziel, (erfahrene, antizipierte) negative Sanktionen (wie z.B. Ansetzen aversiver Theapien, Vernachlässigung in der Pflege, kürzere Verweildauer als notwendig; vgl. SIEGRIST 1976, 39) zu vermeiden, ist die Anpassung in der autokratischen APB natürlich nur dann erfolgreich, wenn dem Patienten eine 'komplementäre' Bedürfnisadaptation gelingt, er die 'passive Rolle' übernimmt, d.h. Bedürfnisse nach Information abdrängt, auf soziale Versicherung verzichtet, Klagen über depersonalisierende Umwelt zurückhält, vorwiegend Fakten- und Erklärungskonzepte anbietet, die in seinem Situationsverständnis 'opportun' sind (ENGELHARDT et al. 1973; SIEGRIST 1976; SKIPPER 1965; ZBOROWSKI 1969).

"Aufgrund der gesamten Systembestimmtheit "lernt" es der Patient sehr schnell, sich anzupassen, im Hinblick auf die psychosoziale Problematik der Hospitalisierung hervorgerufene Sorgen und Kränkungen krankheitszentriert zum Ausdruck zu bringen, Konfliktslagen so zu verschieben, daß das System zwar reagieren muß, die von ihm selbst letztlich erzeugt Patientenmimikry jedoch nicht zutreffend aufzulösen vermag." (ROHDE 1975, 202)

Einer solchen Rekonstruktion der Reduktionsthese als kognitiv-reflexives Antworten des Patienten auf Somatisierungs- und Immunisierungstendenzen von seiten praktizierender Medizin widersprechen auch die Ergebnisse unterschiedlicher (persönlichkeitsabhängiger) Erwartungsmuster auf der Arztseite grundsätzlich nicht; vielmehr ist davon auszugehen, daß die wissenschaftliche Sozialisation den Rahmen determiniert, wie der Arzt den Patienten versteht, während die sozialen Bedürfnisse (aufgrund stabiler Persönlichkeitsmerkmale) die inhaltliche Spezifizierung der je individuellen Erwartungshaltungen bedingen.

Danach würden sich z.B. Passivierungstendenzen und Unabhängigkeitserwartungen gegenüber dem Patienten nicht ausschließen, sondern es ist durchaus vorstellbar, daß aus ihrer (kognitiven) Verbindung ein Verhalten resultiert, das man als 'double-bind' rekonstruieren könnte. Beispiel: der Arzt fordert den Patienten in der Reaktivierungsphase auf "Nun belasten Sie mal ordentlich, sonst rosten Sie uns auf die Dauer wieder ein, und all unsere Bemühungen wär'n für die Katz!" Der Patient überbelastet. Antwort des Arztes: "Ja, wenn Sie's mit Gewalt drauf anlegen, sich zu ruinieren, können wir Ihnen auch nicht weiterhelfen."

Auf die einseitige Durchsetzung solcher Arztcharakteristika (wie z.B. soziale Ängste, implizite Persönlichkeitstheorien etc.) durch die Verbindung mit einem reduzierten Krankheitsbegriff hat besonders die Thanatologie aufmerksam gemacht. OKEN (1961) kommt dabei auf der Suche nach Faktoren, die die ärztliche Entscheidung über die zu vermittelnde Information determinieren, zu dem Ergebnis, daß Patientenmerkmale kaum Einfluß auf die ärztliche Konzeptbildung haben, sondern daß der Arzt relativ situations-/problemunabhängig entscheidet, ob und in welchem Umfang er informieren will (WAITZKIN & STOECKLE 1972, 197). Welche differentiellen Aspekte eine solche Entscheidung maßgebend beeinflussen, ist m.W.

empirisch noch nicht geklärt, als gesichert kann aber angenommen werden, daß kognitive Unsicherheit hinsichtlich der informationsverarbeitenden Fähigkeiten des Patienten sowie fehlende psychologische Techniken, patientenorientiertes Wissen zu er- und vermitteln, Stressoren für den Arzt bedeuten, auf die er in der Regel mit Immunisierungsstrategien gegenüber dem Patienten reagiert (vgl. BEGEMANN-DEPPE 1976).

Der durch Krankheit in seiner Selbst- und Weltsicht emotional-kognitiv verunsicherte Patient (CANGUILHEM 1974; SIEGRIST 1976) wird durch diese selbstschützenden Interaktionsmuster von seiten des Arztes in der asymmetrischen APB sowohl über- als auch unterfordert: die Bedürfnisadaptation mit dem Ziel, subjektiv nicht kalkulierbare Risiken durch Verhaltensanpassung zu vermeiden, bedeutet für die meisten Patienten eine Überforderung, die nicht zuletzt durch ärztlich monierte Verhaltensdevianzen (Aggression, Regression) dekompensierend zum Ausdruck kommt; die Unterforderung ist in der Nichtanpassung (qua Eliminierung) der medizinischen Praxis an das reflexive Subjekt (Patient) zu sehen, die ihrerseits ein Anwachsen irrationaler Problemsicht und Lösungsstrategien auf seiten des Patienten bewirkt: verzerrte Realitätswahrnehmung, vorurteilsdeterminierte Unter- bzw. mythologisierende Überschätzung medizinischer Kompetenz, Verzicht auf eigene Problemlösungsaktivität, Verschiebung psychosozialer auf somatisch benennbare Probleme und umgekehrt. Dieser in ihrer Lernfähigkeit stark begrenzten APB ist ein Modell entgegenzusetzen, das aufgrund seiner kognitiv-sprachlichen Wertungsdynamik die unerwünschten Nebenfolgen der Somatisierungs-/Immunisierungstendenzen konventioneller Medizin aufhebt.

II.2. Das kognitive Modell reflexiver Kommunikation

Entsprechend der oben geforderten Offenlegung und empirischen Begründung wertimplikativer Aspekte auch und gerade im Hinblick auf die Konstruktion neuer Ansätze sind zunächst die für die reflexive Kommunikation relevanten 'werthaltigen' (Kern-)Annahmen zu benennen.

Ausgangspunkt sind Kernannahmen, die den Menschen als (potentiell) rationales Subjekt postulieren, mit Fähigkeiten zu sinngebender Welt- und Selbstsicht (Reflexivität), Hypothesengenerierung und -prüfung, zu planendem Handeln, zu kontrollierender Veränderung von Umwelt. In der Regel sind dabei Gegenstände wie die eigene 'Körperlichkeit', 'Organfunktionen' etc. der subjektiven Wahrnehmung sowie kognitiv-bewertenden Verarbeitung und Beeinflussung nicht entzogen – wie es der Annahmenkern der Organmedizin (i.S. einer Notfallmedizin) impliziert – sondern es ist aufgrund der Resultate zum Krankheitsverhalten (vgl. KASL & COBB 1966; McKINLAY 1972; MECHANIC 1968; THORBECKE 1975; SCHMÄDEL 1975a, b, c) davon auszugehen, daß das Individuum gemäß seiner je aktuellen Problemeinschätzung den erfahrenen Kontrollverlust (qua Krankheit) durch spezifische Bewältigungsstrategien auszugleichen bzw. zu überwinden versucht (vgl. MERING 1967). Als Beispiel für den erreichbaren Umfang solcher aktiv-planvollen Problemsteuerung nennen SZASZ & HOLLENDER (1956) den Diabetiker, der im Optimalfall als Selbsttherapeut durchaus alle reflexiven Charakteristika eines gleichberechtigten Problemlösungspartners innerhalb der APB aufweist. Gleichzeitig illustriert dieses Beispiel aber auch die durch den technologischen Fortschritt geschaffene Notwendigkeit, theorieanalogue, handlungsleitende Reflexionen beim Laien/Patienten anzunehmen, denn natürlich wäre seine Nutzung wie z.B. im Hinblick auf 'Prävention (u.a. Krebsvorsorge, Familienplanung), Substitutionstherapien (Diabetes, Herzschrittmacher), Rehabilitation etc.' (SCHORR 1969) überhaupt gar nicht möglich ohne zumindest die implizite Einbeziehung reflexiver Dimensionen des Individuum. Akzeptiert man diese de facto vorhandene wie notwendige (Struktur)Parallelität zwischen objektivem (wissenschaftlich-technologisch) und subjektivem (Alltags/'Quasi'-)Theoretisieren, dann resultiert in der Tat eine der Organmedizin diametral entgegengesetzte Problemsicht: Gegenstand der Humanmedizin ist – aus der Perspektive eines reflexiven Subjektmodells – nicht mehr die

pathogene Veränderung von a-reflexiven Organismen auf der Grundlage eines vom herrschenden Paradigma vorgegebenen Normensystems, sondern der Mensch in seinem normativ-reflexiven Bezug zu seiner materialen Organisation (vgl. CANGUILHEM 1974). Damit sind 'Gesundheit' und 'Krankheit' als subjektive Sinn-Konstruktionen über eigene Kontrollfähigkeit, resp. -unfähigkeit und -verlust aufzufassen, die die Humanmedizin zu-nächst zu beschreiben und auf ihren Realitätsgehalt hin zu überprüfen hat. Ihre Veränderungsfunktion für das Individuum besteht danach darin, einerseits vor Kontrollverlust zu schützen, andererseits subjektive Kontrolle (wieder-)herzustellen.

Diese metatheoretische Krankheits/Gesundheitskonzeption, vom Annahmekern eines reflexiven Subjektmodells aus entwickelt, bedeutet nun allerdings kein weiteres Alternativmodell zu den vorhandenen psychosomatischen und zu den noch erklärungsreicher angelegten sozialwissenschaftlichen Ansätzen, die zwar psycho-soziale Faktoren in die Erklärungsstruktur von Gesundheit und Krankheit dezidiert aufnehmen, das Individuum jedoch wiederum als primär von diesen Determinanten abhängig ansetzen. Denn durch dieses Abhängigkeitspostulat wird erneut, wenn auch auf breiterer Erklärungsbasis, eine asymmetrische Erkenntnisstruktur implementiert, die ebenso wie die Organmedizin die reflexiv-normative Problemlösungskompetenz einseitig den Experten (Forschern, Ärzten) zuschreibt.

Damit wird deutlich, daß die Gefahr der normsetzenden Überlegenheit (Macht) des Experten mit ihren Konsequenzen irrationaler Über- und Unterforderung durch eine Erweiterung des organmedizinischen Modells um a-reflexive Krankheits- und Gesundheitsdeterminanten allein nicht grundsätzlich überwindbar ist. Die ideologieverhaftete Beschränkung dieser Ansätze ist inzwischen auch längst kritisiert worden mit der Forderung, eine ideologiesprengende Verbindung zwischen ihnen und systemtranszendenter Ideologiekritik herzustellen (vgl. KEUPP 1972, 32ff.). Solche ideologiekritischen Bemühungen wirken aber natürlich auf Systeme, die von der Erkenntnisstruktur her antiideologisch angelegt sind, direkter und qualitativ effektiver als auf Systeme, die erkenntnistheoretisch keine Falsifikationskrise dulden (vgl. KNEBEL 1973).

Als ein derartiges 'antiideologisches' System soll im folgenden das reflexive Kommunikations- oder Diskursmodell expliziert werden: Im Gegensatz zu den systemimmanenten Immunisierungsstrukturen (qua Eliminierung der Reflexivitätsdimensionen des Erkenntnisobjekts) der Weiterungsmodelle zwingt der Annahmekern des reflexiven Subjektmodells dazu, von einer prinzipiellen Erkenntnissymmetrie und damit von der Vorordnung sinnkonstituierender Dimensionen vor die a-reflexiven (organismischen, situationistischen etc.) auszugehen. Diese Vorordnung-Nachordnungsrelation erst eröffnet die Möglichkeit, auch die reflexiven Problemlösungsaktivitäten des Individuums innerhalb der Experten-Laien-Beziehung als problem-(mit)bestimmend zu realisieren bzw. anzuzielen und somit durch die konstruktive Einbeziehung subjektiven Theoretisierens in den Problemlösungsprozeß das systemimmanente Optimum an Rationalitätssteigerung zu erreichen.

Die Realisation einer solchen metatheoretischen Krankheit/Gesundheitskonzeption gelingt allerdings nur unter der Voraussetzung, daß die methodologisch-methodischen Anforderungen gegenstandsentsprechende Relationsstrukturen aufweisen. Keine der beiden dafür infragekommenden wissenschaftstheoretischen Positionen kann jedoch die angestrebte Gegenstandskonstituierung unverkürzt leisten: Die Weiterentwicklung der hermeneutischen Tradition durch die Frankfurter Schule (sensu Habermas, Apel, Lorenzer) ermöglicht zwar eine vom Intersubjektivitätsanspruch her zuzulassende Erhebung der reflexiven Kognitionssysteme, indem zunächst vom (Verstehens-)Experten eine möglichst umfassende Rekonstruktion der vom Laien angebotenen kognitiven Inhalte verlangt wird, und anschließend allein der Laie über die Adäquatheit der vom Experten erbrachten Verstehensleistung zu urteilen hat. Und da die Rekonstruktion prinzipiell an der fehlenden Zustimmung des Laien scheitern kann, erfüllt diese dialog-kommunikative Überprüfung der Rekonstruktionsadäquatheit/Wahrheit (auf der Basis des dialog-konsentstheoretischen Wahrheitskriteriums) auch die Falsifikationsanforderungen, die innerhalb empirischer Wissenschaftsmethodologie entwickelt wurden. Ihre Anwendung ist aber eben auf den Reflexivitätsaspekt der vorgeschlagenen Gegenstandskonzeption beschränkt: die notwendige Überprüfung der Realgeltung der erhobenen Kognitionssysteme ist dann nicht

mehr über den dialog-konsenttheoretischen Zugriff zu erreichen, sondern nur über die im empirischen Paradigma entwickelte Methoden der Gegenstandsobjektivierung (Beobachtung von Verhalten, physiologischen Veränderungen etc.), das seinerseits auf der Basis des empirischen Wahrheitskriteriums (lediglich) a-reflexive Gegenstandsdimensionen konstituiert (s.o.). Bislang sieht sich jede der beiden Positionen in der Behandlung reflexiver Gegenstände (wie in der Humanmedizin, Psychologie, Psychoanalyse) der anderen methodologisch überlegen. Doch ermöglicht erst ihre Synthese eine umfassende Realisation des reflexiven Subjekts in der Forschungs- wie Anwendungssituation. Das methodische Vorgehen entspricht dabei logisch der vom Gegenstandsvorverständnis her vorgenommenen inhaltlichen Vorordnung der Reflexivitätsdimensionen vor die organischen: zunächst sind vorgeordnet die 'naiven' Theorien (der Selbstsicht als Kranker/Gesunder) durch den Experten (Arzt) zu rekonstruieren und vom Laien (Patient) dialog-konsenttheoretisch zu überprüfen; im nächsten Schritt wird dann über die Veridikalität (Realitätsgehalt, Realgeltung) der 'naiven' Theorien auf der Basis von Beobachtungsdaten entschieden (Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die 'materiale' Organisation, Umweltstrukturen, Verhalten etc.). Die empirische Überprüfung der Realgeltung ist der dialog-konsenttheoretischen zwar 'nach-, dafür aber auch übergeordnet' (GROEBEN & SCHEELE 1977, 58), weil sie für einen empirischen Krankheitsbegriff die einzig akzeptierte (akzeptierbare) Grundlage hinsichtlich der Aufrechterhaltung (Bestätigung), resp. Veränderung (Kritik) der subjektiven Theorien bildet. Darüberhinaus dient sie selbstverständlich weiterhin beiden Problemlösern (Arzt und Patient) als Kriterium in Bezug auf die Hypothesenbildung, auf die der Experte umso mehr angewiesen ist, je eingeschränkter das reflexive Subjekt in seinen kognitiven Dimensionen ist.

Denn natürlich wird mit der Grundannahme der (Struktur)Parallelität von 'subjektivem' und 'wissenschaftlichem' Theoretisieren keineswegs eine sich durchgängig aktualisierende Rationalität für den Alltagstheoretiker behauptet. Gerade in (angstbesetzten) Bereichen von Krankheit ist mit nicht-rationalen Kognitionssystemen, Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien zu rechnen bis hin zu partiellen und totalen Ausfällen von Reflexivität (s. der 'Schockpatient', der 'Koma-Patient' etc.). Solche potentiellen Beschränkungen der Manifestationsmöglichkeiten von reflexiver Rationalität werden durch den Annahmekern des reflexiven Subjektmodells nun gerade nicht geleugnet. Die Reflexivitätsmaxime fordert vielmehr die konstruktive Einbeziehung der je vorherrschenden Patientenmerkmale; ein Verletzen/Unterschreiten dieser Forderung würde zwangsläufig die Aufhebung ihrer patientenzentrierten Dynamik zugunsten eines technologieorientierten Vorgehens bedeuten (s.o. II.1).

Entsprechend dieser modellinhärenten Wertungsdynamik ist für die Problemlösungstechnologien im Bereich Gesundheit/Krankheit – hier speziell für die APB (analog aber auch für alle anderen, wie z.B. für die Massenmedien unter dem Aspekt der Aufklärung, für die Gesetzgebung in Bezug auf die Gesundheitsversorgung etc.) – das reflexive Subjekt als Oberziel anzusetzen, das den diagnostisch-therapeutischen Prozeß sowohl in Bezug auf die inhaltliche Zielfindung/festlegung als auch im Hinblick auf die zieladäquate Mittelauswahl (z.B. APB-Merkmale) steuert.

Zur Illustration einer solchen voraussetzungs- und zielspezifischen Anpassung der APB im Sinne einer zielerreichenden Interventionsstrategie sind noch einmal SZASZ & HOLLENDER (1956) zu zitieren: "A typical example is the patient with diabetes mellitus, who, when first seen, is in coma. At this time, the relationship must be based on the activity-passivity model. Later, he has to be educated (guided) at the level of cooperation. Finally, ideally, he is treated as a full-fledged partner in the management of his own health (mutual participation). Confronted by a problem of this type, the physician is called upon to change through a corresponding spectrum of attitudes. If he cannot make these changes, he may interfere with the patient's progress and may promote an arrest at some intermediate stage in the evolution toward relative self-management." (591)

Mit der Notwendigkeit der optimalen Anpassung der APB an die physischen wie psychischen Patientenmerkmale als Voraussetzung für die Zielerreichung (Vermeidung von Kontrollverlust,

Herstellung von Kontrolle) sind auch schon die beiden entscheidenden Kriterien für eine problemadäquate APB genannt: es ist die (Ziel)Brauchbarkeit einerseits und die Wertkohärenz (Übereinstimmung der reflexiven APB-Charakteristika mit den reflexiven Oberziel-dimensionen) andererseits, nach denen die Arzt-Patient-Kommunikation herzustellen, bzw. zu beurteilen ist. Dabei muß das Brauchbarkeitskriterium nicht in jedem Fall auch den Wertkohärenzanspruch erfüllen (die medikamentöse Behandlung eines komatösen Patienten ist brauchbar, aber nicht wertkohärent), ebenso ist eine wertkohärente APB nicht unter allen Umständen ein brauchbares Problemlösungsverhältnis (ein perforierter Blinddarm ist zu operieren und nicht zu 'besprechen'). Die Frage, welchem Kriterium bei alternativ verfügbaren Mitteln (Somatisierung vs. Kognitivierung) auf dem Hintergrund der Vorordnungs-Nachordnungsrelation die gewichtigere Bedeutung zukommt, ist über das Problem unerwünschter Nebenfolgen zu beantworten: Unerwünschte Nebenfolgen können bezogen auf das anzustrebende Oberziel im günstigsten Fall neutral, im ungünstigsten Fall zielzerstörend ausfallen. In Vermeidung von reflexivitätsbehindernden/zerstörenden Nebenfolgen ist daher 'Brauchbarkeit' als das Basiskriterium der APB anzusetzen.

D.h. noch einmal, damit keine Mißverständnisse aufkommen: aus der Vorordnungs-Nachordnungsrelation ist gerade nicht kurzschlüssig abzuleiten, z.B. im Fall eines allen medizinischen Anzeichen nach im Koma befindlichen Erwachsenen, eines krampfenden Säuglings etc. sei zunächst die subjektive Krankheitstheorie des in Agonie Befindlichen zu rekonstruieren etc., da das 'reflexive' Vorgehen (wertkohärentes Mittel) in der Interaktion mit den Patientenmerkmalen (-voraussetzung) das intendierte Ziel schon in nuce zerstören würde – für einen Toten ist Kontrolle über Umwelt keine Zieldimension. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, daß eine voraussetzungsadäquate APB – sowohl i.S. kognitiver Überforderung (= 'wertkohärentes' Mittel: 'Besprechung' eines komatösen oder kognitiv eingeschränkten Patienten; Informationsvermittlung als Informations- und damit als Problemüberschwemmung) als auch i.S. dogmatisierender Unterforderung (= 'wertinkohärentes' Mittel: Passivierung/Infantilisierung) – auch immer reflexionsbehindernde/zerstörende Charakteristika aufweist. Diese modellinhärente Notwendigkeit in Bezug auf einen voraussetzungsspezifischen Einsatz der APB-Merkmale zeigt m.E., daß es sich hier in der Tat um einen 'am Patienten orientierten' (patientenzentrierten) Ansatz handelt, der die Anpassung 'objektiven' Problemlösungswissens (Technologien) an die Patienten 'bedürfnisse' und -möglichkeiten verfolgt, und eben nicht die Reduktion des Patienten verlangt, um dessen Anpassung an vorhandenes Problemlösungswissen zu erreichen.

Im Gegensatz zur traditionellen APB bedeutet die voraussetzungsdeterminierte Anwendung der Vorordnungs-Nachordnungsrelation jedoch, daß der Experte (Arzt) die Problemadäquatheit seiner verfügbaren Mittel in Hinblick auf die zu realisierenden Patientenmerkmale zunächst aus der reflexiven Perspektive prüft und erst bei Unbrauchbarkeit brauchbarere (d.h. notfalls auch wertinkohärentere) Strategien anwendet.

Beispiel: Die Complianceforschung hat aufdecken können, daß Ärzte (in Vernachlässigung reflexiver Patientenmerkmale) dazu neigen, die offensichtliche Wirkungslosigkeit der von ihnen verordneten Medikamente schlicht mit der Verschreibung anderer (oftmals ähnlicher) Medikamente zu beantworten (a-reflexives Vorgehen), wobei sich dieses Verhalten angesichts der Befolgungsvorstellungen des Patienten (Unkenntnis der Anwendungsregeln, Ablehnung von antizipierten Nebenwirkungen etc.) häufig als maximal unbegründet, teilweise sogar patientenschädigend kritisieren läßt (s.u. III).

Als Heuristik zur Generierung eines möglichst umfassenden Anforderungskatalogs wertkohärenter APB-Merkmale sind Kommunikations-/Diskursmodelle heranzuziehen, die in Übereinstimmung mit den Wertungsimplicationen des metatheoretischen Gesundheits/Krankheitskonzepts ebenfalls von der grundsätzlichen Symmetrie der Dialogpartner ausgehen und Regeln bereitstellen, über die der gleichberechtigte Diskurs zu erreichen ist. Bedauerlicherweise liegt

eine gebrauchsfertige Integration solcher argumentationstheoretischer Ansätze in Verbindung mit Ergebnissen der Kommunikationsforschung weder bereits vor, noch ist sie in diesem Rahmen herzustellen. Dennoch ist es möglich, zumindest einige für den Anwendungsfall der APB potentiell nützliche Aspekte programmatisch darzustellen:

Als regulative Zielvorstellung ist die Dialogstruktur anzusetzen, die HABERMAS unter dem Konzept des 'innovatorisch gezielten Diskurses' expliziert hat (1971, 118): Als Bedingung für die Steigerung argumentativ erreichbarer Rationalität werden zum einen Argumentationsfähigkeit und -offenheit (auch und gerade i.S. der Rechtfertigung eigener Handlungskonzepte) der Dialogpartner und zum andern eine von externen Zwängen freie Diskurssituation genannt. Damit ist idealtypisch eine Symmetrie der Problemlösungs- und bewertungsaktivität zwischen den Beteiligten (hier: Arzt und Patient) angezielt, wobei über den 'freien' Austausch von Expertenwissen (Arzt) und Laienwissen (Patient) die rationale Innovation dadurch zustandekommt, daß jedem Partner eine aufklärend-korrigierende Funktion in Bezug auf die Kognitionssysteme des anderen zugestanden wird. Aus dieser Zielperspektive lassen sich generelle 'Argumentationspflichten' (GATZENMEIER 1974; KOPPERSCHMIDT 1973; MOSER 1975, 87) formulieren, die der Experte (Arzt) aufgrund seiner funktionalen Überlegenheit dem Laien (Patienten) gegenüber zunächst weitgehend zu übernehmen hat, damit eine Annäherung an einen herrschaftsfreien Dialog überhaupt stattfinden kann.

Als erstes wäre die Erfüllung von 'Sachlichkeitsnormen' zu fordern (vgl. NAESS 1975, der einen entsprechenden Normenkatalog gegen die Unsachlichkeiten im Meinungsaustausch entwickelt hat), nach denen sich machtdurchsetzende Argumentationsfiguren und Dialogsteuerung von seiten des Arztes, wie sie u.a. SIEGRIST (1977) empirisch festgestellt hat, verbieten (s.u. II.1.). Darüberhinaus ergibt sich aus dem Expertenstatus die Verpflichtung, konstruktive Strategien einzusetzen, um dem Laien (Patienten) die selbstaktualisierende Teilnahme am argumentativen Austausch zu ermöglichen/zu erleichtern. Solche unterstützenden (mäeutischen) Funktionen des Experten (Arzt) sind je nach Art und Ausmaß der Selbstaktualisierungseinschränkungen des Laien (Patient) in jeder Phase des Problemlösungsprozesses unterschiedlich einzusetzen. In der Rekonstruktionsphase (1) stehen sicherlich Strategien im Vordergrund, die dem Patienten eine seinem Problembewußtsein adäquate Verbalisierung ermöglichen. Es umfaßt im allgemeinen Beschreibungs-, Erklärungs- und Prognoseelemente, bisherige Lösungsversuche sowie Wertungs- und Erwartungsaspekte in Bezug auf die eigene und fremde Problemlösungskompetenz (BECKMANN 1972; KOOS 1967a; ZBOROWSKI 1969). In der dialog-konsens-theoretischen Überprüfungsphase (2) werden Reproduktionsstrategien besonders unter dem Verstehensaspekt für den Laien relevant. Die vom Experten rekonstruierten Kognitionsinhalte des Laien können von diesem natürlich nur erfolgreich überprüft werden, wenn das dargebotene Rekonstruktionsprodukt in Strukturierung und Verbalisation den Verstehenshorizont (Konzeptbildung und Codekompetenz) des Laien nicht verläßt.

Beispiel: Der Patient, der lediglich berichtet hat, er sei nun schon das 2. Mal in der Kirche 'einfach umgekippt', wird aller Voraussicht nach semantisch überfordert sein, wenn er die folgende Darbietung auf Rekonstruktionsadäquatheit überprüfen soll: "Wenn ich Sie richtig verstanden habe, so sind Sie also ohne vorausgegangenes Geschehen i.S. einer Aura zweimal kollabiert."

In der anschließenden Phase der empirischen Überprüfung (3) wird eine ausführliche Instruktionsebene nötig, um über eine realitätsangemessene Konzeptbildung im Hinblick auf die durchzuführenden 'Operationen' die einsichtsvoll-reflexive Mitarbeit des Patienten zu sichern. Für die Phase der kritischen Theoriebewertung und gegebenenfalls -modifizierung (4) müssen in der Regel alle 3 diadaktischen Prinzipien integriert eingesetzt werden, damit eine handlungsfähige 'therapeutische Gemeinschaft' zustandekommt, resp. erhalten bleibt (vgl. FULLER & QUESEDA 1973).

Dabei ist es angesichts der nur langsam voranschreitenden 'Kognitivierung' der Forschungsprogramme im humanen Bereich nicht verwunderlich, daß sich für das Problem der Instruk-

tionsgebung die meisten Ergebnisse finden lassen (s.u. III), für das der emotionalen Stabilisierung (z.B. in Bezug auf die Überwindung der sozialen Distanz zwischen den Problemlösungspartnern, auf die subjektiv befürchtete Problemlösungsschwäche von Seiten des Patienten etc.) liegen dagegen vergleichsweise sehr viel weniger Ergebnisse vor. Ihre Anwendung auf die APB kann zudem nur einen Teil der thematischen Problematik abdecken, weil sie – zumeist psychotherapeutischer Provenienz – überwiegend die Selbstaktualisierung i.S. des 'Sich-Selbst-Verstehens' akzentuieren (vgl. beispielsweise die von ROGERS (1957) angegebenen Therapeutenvariablen als notwendige Bedingungen für selbstinitiierte Veränderungsprozesse in Bezug auf Welt- und Selbstsicht:

(1) positive Wertschätzung sowie emotionale Wärme für den Klienten, (2) empathisches Verstehen des internalen Bezugspunktes des Klienten, (3) Kongruenz (Echtheit und Integration) im Verhalten gegenüber dem Klienten' (SCHILD 1975, 124; s. ausführlicher u. III).

Die innovatorische Kompetenz des Therapeuten wird dort und in ähnlichen Konzepten eindeutig auf empathisches Verstehen konzentriert, während das hier vorgestellte metatheoretische Gesundheits/Krankheitskonzept beide Partner gleichberechtigt als realitätskonstituierende und -verändernde Subjekte auffaßt. Daher ist der gezielte, konstruktive Einsatz solcher Expertenfähigkeiten m.E. vor allem unterstützend anzuwenden und zwar besonders dort, wo Erklärungs- und Veränderungswissen noch nicht gesichert vorliegt.

Ein solches empirisch gesichertes Wissen über subjektive Kognitionssysteme und ihren verhaltenssteuernden Einfluß auf das Krankheits/Gesundheitsverhalten, mit dessen Hilfe der Arzt sich mit dem Patienten wie über eine gemeinsame Semantik verständigen könnte, existiert bis jetzt jedoch nur so vereinzelt, daß der Arzt auf absehbare Zeit geradezu in extremer Weise auf die erkenntnistheoretischen Funktionen von Sprache angewiesen ist, um Sinn-Rekonstruktionen, -vermittlung, -kritik und schließlich – was bisher noch nicht diskutiert wurde – Selbstkritik effektiv leisten zu können.

Doch abgesehen von dieser historisch bedingten Akzentuierung sprachlicher Interaktion zwischen Arzt und Patient hat Sprache innerhalb einer metatheoretischen Gesundheits/Krankheitskonzeption über den reflexiven Diskurs zielfundierende Bedeutung: und zwar (1) medial in Bezug auf den Problemaustausch überhaupt, (2) kognitiv-operativ in Hinblick auf die Vermittlung, Revision und Erweiterung der subjektiven aber auch objektiven Kognitionssysteme/-inhalte, (3) handlungssteuernd i.S. der Steigerung rationaler Kontrolle von Umwelt durch das reflexive Subjekt (Patient/Arzt) und (4) emotional-motivational versichernd (insbesondere für den Patienten).

(1) Sprachlos ist nun einmal kein Austausch kognitiver Inhalte, keine Verständigung über (Um)Weltkonzepte möglich. Entsprechend ihrer modellkonstitutiven Vermittlungsfunktion wird denn auch der Umfang verbaler Kommunikation in der Realisierung des metatheoretischen Krankheitskonzepts bedeutsam ansteigen müssen.

Gegner 'symmetrischer' Modelle sehen darin allerdings schon ein stichhaltiges Argument für die praktische Unbrauchbarkeit einer kommunikativen APB, insofern als der heutige Versorgungsnotstand mit einer zeitintensiven Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient nicht vereinbar sei. Dieses Inkompatibilitätsargument ist sicherlich ernstzunehmen, weil es nicht unwesentlich zur Aufrechterhaltung eines irrationalen Somatisierungskonzepts beiträgt (vgl. die Kritik von LÜTH 1974, 26f.), indem es mit dem Verweis auf Versorgungsengpässe ein weitaus bedeutsameres Problem gegen berechnete Anforderungen und Kritik von Seiten der Laien/Patienten immunisiert: nämlich die Frage nach der kommunikativen Kompetenz der Beteiligten im Hinblick auf die Diskursanforderungen (s.o.). Da die traditionelle Medizin kein 'theoretisches Konzept für den Einsatz von Sprache entwickelt hat' (SEIDLER 1972, 67; vgl. dagegen die

Auseinandersetzung mit Sprache in der Psychoanalyse: u.a. LORENZER 1972), sind die Möglichkeiten für den Experten, kommunikative Fertigkeiten systematisch auszubilden vergleichsweise gering, konsequenterweise sind dann auch Einsatz, Prestigewert und Vergütung des Instruments 'Sprache' verglichen mit Somatisierungstechnologien auffallend niedrig (vgl. ENGELHARDT et al. 1972, 46ff.). So erwächst erwiesenermaßen die Verständigungs/Verstehensunfähigkeit des Arztes gegenüber seinem Patienten mit zunehmender sozialer Distanz ('der schichtspezifische Unterschied zwischen beiden macht sich geltend als kommunikative Distanz': RUPRECHT 1972, 56) einerseits und mit abnehmender somatischer Begründbarkeit des 'Krankheitsproblems' andererseits (BECKMANN 1972; FERBER 1973). Zur Vermeidung (Überwindung) dieser Verständigungsschwierigkeiten kann Sprache beitragen, wenn ihre instrumentellen Qualitäten entsprechend eingesetzt werden:

(2) Kognitiv-operative Funktionen von Sprache (RUPRECHT 1973, 51) sind für das Somatisierungsparadigma insbesondere im Zusammenhang mit der diagnostischen Tauglichkeit (nach den Kriterien der Objektivität, Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (empirische Gültigkeit) alltagssprachlichen Verhaltens untersucht worden. Analog zur wissenschaftstheoretischen Unterscheidung von Theorie- und Beobachtungssprache wird dabei auch für den subjektiven Theoretiker die grundsätzliche Möglichkeit der Trennung zwischen interpretierenden und beschreibenden Begriffen (Sätzen) unterstellt, wobei parallel zum Zwei-Sprachen-Modell der jeweils deskriptiveren Sprachebene die größere Realitätsnähe und damit unter den angegebenen Gütekriterien die höhere diagnostische Validität zukommt.

Allerdings haben die Analysen naiver Krankheitstheorien, ihre empirische Überprüfung auf diagnostische Zulänglichkeit (vgl. den Überblick von SCHMIDT & KESSLER 1974) sowie methodologische Rekonstruktionen naiver Verhaltenstheorien (LAUCKEN 1974) überhaupt ergeben, daß der Alltagstheoretiker in Aufbau und Verwendung seines Begriffssystems sehr viel weniger präzise und explizit verfährt, als von den wissenschaftlichen Rationalitätskriterien gefordert wird. Gerade in normativ stark besetzten Bereichen neigt er dazu, die Trennung zwischen Wahrnehmung und Interpretation aufzuheben, unterschiedliche Wahrnehmungen vereinheitlichend zu interpretieren und kognitions widersprechende Beobachtungen u.U. sogar gänzlich abzuwehren (vgl. ULMANN 1975). Ziel der angewandten Anamnese Forschung ist daher u.a., Erhebungstechniken für den Arzt zu entwickeln, mit denen er ein Maximum an interpretationsfreier Symptombeschreibung von Seiten des Patienten erreichen kann. Daneben besteht natürlich auch die Forderung an den Arzt, sich bei der interpretierenden Zuordnung der Patientenäußerungen zu objektiven Krankheitstheorien so lange wie eben möglich offen zu halten. Das bedeutet, die Verbalisierungen des Patienten kognitiv-operativ gegen die eigenen (wahrnehmungs-)verzerrenden Vorannahmen zu nutzen.

Beispiel: Der Patient klagt über Zahnschmerzen; die daraufhin vom Arzt durchgeführte Vitalitätsprüfung ergibt keinen Hinweis auf einen ursächlichen Defekt im dentalen Bereich. Unterliegt der Arzt jetzt der Vorstellung, 'wo kein Befund (qua Vitalitätsprüfung), da kein Defekt, entsprechend auch kein 'Zahn'schmerz', wird er die Patientenäußerung (möglicherweise zu unrecht) abwehren; wehrt er sich dagegen erfolgreich gegen die eigenen theorieterminierten Schließungstendenzen für eine interpretationsfreie Wahrnehmung der Patientenangaben, wird er weiter'suchen', beispielsweise röntgen und möglicherweise mit Erfolg den angegebenen Zahnschmerz und die beobachtbare Aufhellung im Kieferbereich als empirische Indikatoren für sein Konzept 'zystische Veränderung' und für eine entsprechende Behandlung nutzen können.

Im Sinne eines solchen wehrnehmungsfähigen Offenhaltens wirken z.B. Selbstinstruktionen, die Suggestivfragen auf deskriptiver Ebene verbieten, dagegen eine präzise und vollständige Erhebung der Patientenbeobachtungen verlangen.

Durch eine solche Höhergewichtung der Patientenäußerungen durch den Arzt sind sowohl der Arzt als auch der Patient als 'lernendes System' für eine symmetrische APB eingeführt: insofern als der Arzt seine Diagnose und andere Hypothesen – selbst wenn sie mit instrumentellen Beobachtungsverfahren validiert worden ist – als durch Patientenverbalisierungen revidierbar versteht. So ist ihm auf der Grundlage dieser Offenheit eine zweiseitige Kommunikation gegenüber dem Patienten möglich, die auch die Kritik gegenüber den instrumentellen Beobachtungsverfahren einschließt; dies wiederum ist die Basis für die Lernfähigkeit des Patienten, insbe-

sondere in Bezug auf die im Regelfall gegebene höhere Zuverlässigkeit der medizinisch-diagnostischen Verfahren; d.h. der Patient wehrt die Beobachtungs- und Diagnoseergebnisse des Arztes nicht (dogmatisch) ab, sondern zieht sie auf der Krankheits/Gesundheitsdimension zum Selbstverständnis und zur Selbstdefinition konstruktiv heran.

(3) Mit dieser zumindest partiellen Gemeinsamkeit im Aufbau der Kognitionssysteme zwischen Arzt und Patient ist bereits eine notwendige Bedingung für die handlungssteuernde Funktion der Handlungsanweisungen des Arztes beim Patienten gegeben: nämlich das Verstehen dieser Anweisungen auf Einsichtsniveau. Wie die Complianceforschung gezeigt hat (vgl. u.a. ENGELHARDT et al. 1973; LEY 1977; LEY & SPELMAN 1967), ist diese Voraussetzung in der klassischen (autokratischen) APB sehr häufig nicht erfüllt. Das liegt vor allem daran, daß dem Patienten eine Einbettung der Anweisungen in entsprechende kognitive Konzepte (von Beobachtungs-, Diagnose- und Erklärungswissen) nicht möglich ist. Für eine symmetrische APB lassen sich im Kontrast dazu die Merkmale eines Verstehens von Handlungsanweisungen als Einsichtsprozeß konstruktiv angeben: Eines der wichtigsten ist, daß der Patient vom Arzt als Problemlösungsexperte, der die notwendigerweise generellen bzw. abstrakten Anweisungen des Arztes in konkrete Handlungen umzusetzen hat, akzeptiert wird. Dies erfordert eine Kommunikation über solche Umsetzungen und ermöglicht damit eine Ausschaltung von Hindernissen, die ansonsten zur Nichteinhaltung der Anweisungen führen.

Beispiel: Die harmlos-naive Anweisung, täglich ein Kamillensitzbad zu nehmen, bedeutet für einen Patienten ohne entsprechende sanitäre Anlagen ein Umweltproblem, das möglicherweise wegen der dominierenden Umwelteinschränkungen von ihm allein gar nicht einmal zu lösen ist.

Diese grundsätzlich Akzeption des Patienten als Problemlösungsexperten und gemeinsame Kommunikation über Umsetzungsmöglichkeiten führt dann auch zu einer Verbesserung des ärztlichen Wissenskorporus über Handlungsmöglichkeiten und Bereitschaften beim Patienten und damit zu einer Verbesserung auch der generellen Anweisungsstrukturen und -inhalte sowie dadurch auch letztendlich zu einer Erhöhung der Befolgsrate.

(4) In allen drei bisher besprochenen kognitiven Funktionen der Sprache in der symmetrischen APB ist die zentrale emotive Funktion enthalten bzw. bereits vorausgesetzt: nämlich die emotionale Versicherung des Patienten. Hier stellt der reflexive Diskurs innerhalb der symmetrischen APB eindeutig höhere Anforderungen an den Arzt. Diese sind legitimiert dadurch, daß dieser einerseits in der Regel eine höhere (Berufs-)Qualifikation aufzuweisen hat; andererseits der Patient in der emotional belastenden (belasteteren) Situation steht. Gerade unter diesem Aspekt ist es extrem ungerecht, wenn der Patient zusätzlich zu seiner krankheitsbedingten emotionalen Verunsicherung auch noch die Last der emotional-motivationalen Stabilisierung der APB tragen soll, wie er dies in der autokratischen APB durch Anpassung etc. (s.o. II.1) leisten muß. Demgegenüber sorgt in der symmetrischen APB vor allem der Arzt für die Stabilität des Patienten im affektiven Bereich als notwendige Voraussetzung für die Optimierung von Lernvorgängen (des Patienten und über die APB auch des Arztpatientensystems). Der derzeit angebbare wichtigste Weg dazu liegt sicherlich in der Metakommunikation über den Beziehungsaspekt der Kommunikation: d.h. die Verbalisierung und Einigung emotionaler Inhalte von Beziehungserwartungen, -problemen aber auch Erwartungserfüllungen etc. (vgl. FULLER & QUESEDA 1973).

III. Konstruktive Möglichkeiten der verbalen Kommunikation in der APB

III.1. Das Gewicht des Mediums Sprache für die APB

Die beiden polaren Modelle der APB, das autokratische und das reflexiv-kommunikative, manifestieren sich, wie oben ausgeführt, vor allem im Gewicht, das die Sprache und ihre mediale Funktion für einen Problemaustausch innerhalb der APB einnimmt. Durch das größere Gewicht dieser Funktion in der reflexiv-kommunikativen Interaktion werden, bei entsprechender Ausfüllung der potentiellen Sprach- und Kommunikationsdimensionen, die negativen Bedingungen und Konsequenzen der autokratischen APB vermieden bzw. aufgehoben. Dabei ist der Wechsel in der Relation von somatischer und kognitiver Dimension zentral: während die autokratische APB durch eine Vorordnung des Somatischen vor der Kognition (und damit Somatisierung) zu kennzeichnen war, zielt die reflexiv-kommunikative Beziehung eine Vorordnung der Kognition vor dem Somatischen an (im oben ausgeführten Sinn: II.2.). Diese stärkere Gewichtung des kognitiv-reflexiven Wesens des Menschen ist es, die sich in der extensiveren Funktion der Sprache innerhalb der APB manifestiert, und die erst aus Arzt und Patient eine 'therapeutische Gemeinschaft' (sensu FULLER & QUESEDA 1973) macht: eine Gemeinschaft, die nicht nur 'Austausch von Information impliziert, sondern auch ein gegenseitig befriedigendes Miteinander zur Erreichung des gemeinsamen Ziels der Reduktion von Krankheit beim Patienten bedeutet' (o.c., 362). In einer solchen therapeutischen Gemeinschaft werden dann Fähigkeiten realisiert und Bedürfnisse befriedigt sowohl auf Patientenseite als auch auf Seiten des Arztes; FULLER & QUESEDA führen als Beispiele an:

auf Patientenseite: Bereitschaft und Fähigkeit, Bedürfnisse mitzuteilen; Wunsch und Kapazität, die Bedürfnisse des Arztes wahrzunehmen; Motivation und kognitiv-emotionale Möglichkeit, konstruktiv auf sie einzugehen; unverzerrtes Feedback für den Arzt;

auf der Arztseite: Motivation und Fähigkeit, sich dem Patienten begreiflich zu machen; Möglichkeiten der Wahrnehmung von Patienten-Bedürfnissen, Wunsch und Fähigkeit, diese anzusprechen; Offenheit im Feedback darüber, inwieweit die eigenen Bedürfnisse und Ziele realisiert wurden.

Kommunikation bedeutet auch in einer so definierten therapeutischen Gemeinschaft vor allem, auf die positiven Angebote des anderen einzugehen. Da sich der Arzt in der objektiv überlegenen Position befindet, ist es legitim, hinsichtlich des Ingangkommens solcher 'positiver' Angebote den Beginn von ihm zu verlangen. Die Realisierung einer solchen konstruktiven Interaktion und Kommunikation läßt sich dann vor allem anhand der postulierten (speziellen) Funktionen von Sprache in der APB fest- und darstellen: der kognitiv-operativen, handlungssteuernden und emotional-motivationalen Funktion.

Dabei werden zunächst die empirisch gesicherten negativen Aspekte bzw. Konsequenzen autokratischer Interaktion und damit die zu vermeidenden Fehler aufgeführt; aufgrund dieser Basis sind in Abhebung davon die konstruktiven Möglichkeiten der reflexiv-kommunikativen Interaktion umreißen – entweder programmatisch oder, so weit diese schon vorliegen, gestützt durch empirische Untersuchungsergebnisse. Diese Zusammenstellung ist natürlich nicht als rein beschreibendes Sammelreferat zu verstehen, sondern als programmatisch strukturierte Auswahl, die so weit wie möglich auf empirisch gesicherter Grundlage basieren soll. Die genannten Funktionen der Sprache in der APB sind in den bisherigen Untersuchungen akzentuierend für verschiedene Prozeßphasen des therapeutischen Prozesses erforscht worden, z.B. die kognitiv-operative mehr für die diagnostische Phase, die handlungssteuernde Funktion für die i.e.S. Therapiephase; dementsprechend werden die (empirischen) Beispiele in unterschiedlichem Gewicht aus diesen Phasen stammen. Das ändert nichts daran, daß die im folgenden erarbeiteten Merkmale und Dimensionen reflexiv-kommunikativer AP-Interaktion natürlich für den gesamten Interaktionsprozeß gelten sollen.

III.2. Die kognitiv-operative Funktion von Sprache

Aus Untersuchungen zum Aufklärungsverhalten von Ärzten wird deutlich, daß sich ihre Informationsgebung bislang häufig nicht an den individuellen Patientenbedürfnissen und -möglichkeiten der Informationsverarbeitung orientiert, sondern stark eigenen, ungeprüften Alltagsvorstellungen und Werturteilen unterliegt (Überblick bei McINTOSH 1974); dabei spielen vor allem Vorurteile hinsichtlich der Verstehensmöglichkeiten von Patienten, ihrer Informations- und Kontrollbedürfnisse, ihrer emotional-motivationalen Belastbarkeit und ihrer Problemlösungsanstrengungen sowie die Furcht vor eigenem Kontrollverlust eine Rolle. Aufgrund dieser Voreinstellungen und Befürchtungen entwickelt sich ein didaktisches Konzept der Informationsgebung, das DAVIS (1966) aufgrund empirischer Beobachtungen als 'functional uncertainty' – funktionale Ungewißheit/Nichtwissen – bezeichnet: der Arzt betreibt, gemessen an seinem klinischen Wissen, eine invalide Aufklärung, wobei DAVIS zwei Strategien unterscheidet: 'Dissimulation' (Vortäuschung einer klinisch begründeten bzw. begründbaren Information bei klinischer Unsicherheit) und 'Evasion' (invalide Information bei klinischer Sicherheit; vgl. McINTOSH 1974, 170ff.). Subjektiv wird diese Strategie gewöhnlich mit dem Ziel der Steigerung von Humanität für den Patienten begründet; die empirische Prüfung zeigt jedoch, daß in aller Regel gerade das Gegenteil die Konsequenz ist: das Zurückhalten realitätsadäquater Information schützt den Patienten nicht gegen kognitiv-emotionale Überforderung, sondern bürdet ihm über die Vermittlung realitätsinadäquater oder unvollständiger Erklärungen und Prognosen belastende konzeptuelle Konflikte auf; denn dadurch, daß die realitätsverkürzenden Aussagen des Arztes zu den Beobachtungen des Patienten an sich und seiner Umwelt in Widerspruch geraten, entstehen beim Patienten angstevozierende Deutungsverunsicherungen, die insgesamt eine problemadäquate Konzeptbildung und entsprechend rationales Problemlösungsverhalten auf seiten des Patienten erschweren, teilweise sogar (potentiell lebensgefährlich) verhindern. Die angstaufbauende kognitive Verunsicherung des Patienten führt dann in der Tat zu vermehrten Wahrnehmungsbeschränkungen und Mißinterpretationen auch der validen Informationsteilmengen entweder in Richtung auf verdrängende Bagatellisierung oder Problemdramatisierung, also zu Verhaltenskonsequenzen, mit denen der Arzt zumeist den Einsatz seines 'functional uncertainty' -Konzepts rechtfertigt. Aus der verkürzten Frageperspektive eines a-reflexiven Menschenbildes, nämlich 'can a patient stand being told' anstelle von 'can the patient stand not being told' (OKEN 1961; McINTOSH 1974, 174) wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der sich über das Scheitern einer zweiseitigen Kommunikation etabliert und verstärkt. Der Verzicht auf die Überprüfung der Patientenvoraussetzungen im Hinblick auf einen gemeinsamen Bedeutungshorizont (bzw. der Verzicht, einen solchen aufzubauen) führt zu Einschränkungen der Verstehensfähigkeiten auf seiten des Patienten, so daß selbst bei valider und vollständiger Information häufig nur eine mangelhafte, für die Steuerung rationalen Verhaltens nicht ausreichend Konzeptbildung beim Patienten zustandekommt. Der Teufelskreis wird unentrinnbar, insofern sich dadurch die Drucksituation, in der der Patient steht, nicht verringert, sondern verschärft: die aus dem 'functional-uncertainty'-Konzept resultierende Uneindeutigkeit, (partielle) Widersprüchlichkeit, Unexplizitheit, Unterbestimmtheit, Unvollständigkeit der Arztaussagen führt auf der Patientenseite zu Perplexität, Konfusion und Argwohn (JACOBS 1971); dies hat weiteren Abbau konstruktiven (Patienten-)Verhalten zur Folge: mit zunehmender konzeptueller Verunsicherung kann er seine Bedürfnisse immer weniger adäquat dem Arzt gegenüber artikulieren (SKIPPER 1965); die Furcht, durch Fragen dem Arzt Vertrauensverlust anzudeuten und bestraft zu werden, beschränkt den Patienten in seinem Frageverhalten gegenüber dem Arzt (vgl. u.a. CARTWRIGHT 1964; PALMER 1966; PRATT et al. 1957; SIEGRIST 1976). Das kann dazu führen, daß sich der Patient in seinem Bemühen um Ungewißheitsreduktion auf andere, weniger professionelle Informationsträger angewiesen fühlt, was aller Wahrscheinlichkeit nach den Aufbau realitätsadäquater Konzepte nicht gerade fördert (vgl. McINTOSH 1974). Besonders betroffen sind von diesem circulus

vitiosus wiederum Untersicht-Patienten, die wegen der subjektiv wahrgenommenen sozialen Distanz, dem entsprechenden Rollenverständnis, ihrer geringeren Möglichkeiten, den 'Arzt-Mittelschicht-Code' kommunikativ zu nutzen, ihre Patientenrechte weniger effektiv vertreten können als Mittelschicht-Patienten (CARTWRIGHT 1964; PALMER 1966; PRATT et al. 1957).

Im Kontrast zu diesen negativen Aspekten einer autokratischen APB in der Dimension der kognitiv-operativen Funktion von Sprache ist also für die reflexiv-kommunikative Interaktion zu postulieren:

- der Arzt sollte soweit wie möglich realitätsadäquate Informationsgebung gegenüber dem Patienten anstreben (zumindest eine solche, die dessen Informations- und Kontrollbedürfnisse befriedigt und seine emotionale Belastbarkeit und Problemlösungsanstrengungen nicht übersteigt);
- der Arzt sollte bei der Informationsgebung die Verstehensmöglichkeiten und -bedürfnisse des Patienten berücksichtigen und befriedigen und durch den Aufbau eines gemeinsamen Bedeutungshorizonts die Basis für ein rational gesteuertes Verhalten beim Patienten legen;
- dieser gemeinsame Bedeutungshorizont ist allerdings nur durch einen permanenten, offenkognitiven Austausch zwischen Arzt und Patient zu erreichen (darf also nicht auf eine Eingangs-, z.B. Diagnosephase beschränkt sein), so daß über die kognitive Versicherung des Patienten dessen Verstehens- und Informationsgebungsmöglichkeiten gestärkt werden (was nicht nur zu einem Durchbrechen des geschilderten Teufelskreises, sondern im Optimalfall zu einem 'Engelskreis' der gegenseitigen Verstärkung von Verstehenskapazität führen kann).

Wenn man die (gegenseitige) Informationsgebung als einen solchen permanenten Austausch realisiert, sollten sich auch die beiden polar-extremen Fehlentwicklungen einer 'Patientenkarriere' innerhalb a-kommunikativer APB bei 'Befundlosigkeit' vermeiden lassen: die Somatisierung bzw. Stigmatisierung des Patienten.

Beispiel für Somatisierung: BECKMANN & RICHTER (1969) untersuchten das Diagnose- und Therapieverhalten von Ärzten gegenüber Herzneurotikern: in 19 % der Fälle wurden organische Herzerkrankungen bzw. endokrine Störungen diagnostiziert und entsprechend Herz-Kreislaufmedikamente verordnet. Nach BECKMANN unterliegt der Arzt hier den Erwartungen des Patienten, der in der Regel glaubt, ein organisches Leiden zu haben, und fixiert dadurch die irrationalen Erwartungen des Patienten; wie amerikanische Untersuchungen zeigen, führt dieses Fehlverhalten nicht selten zur Chronifizierung (BECKMANN 1972, 137).

Beispiel für Stigmatisierung: ENGELHARDT et al. beschreiben bei Widersprüchen zwischen objektiver Befundlosigkeit und subjektiven Beschwerden folgende Patientenkarriere: durch die Feststellung, es bestünde 'nichts' (kein Krankheitsbefund) oder die (unzureichende) Diagnose der 'vegetativen Dystonie' wird das Beschwerdebild zur *quantité négligeable*. "Der Kranke reagiert darauf jedoch mit einem Konflikt .. Nach der Krankenhausentlassung sind lange Irrwege von Arzt zu Arzt und zum Heilpraktiker die Folge." (1973, 75)

Ein permanenter Austausch zwischen Arzt und Patient macht solche vorzeitigen Abschlüsse des diagnostischen Prozesses unmöglich; denn dieser Austausch löst solche Schwierigkeiten durch einen Dreischritt auf: Rekonstruktion der subjektiven Krankheitsreflexionen (des Patienten): Überprüfung auf somatischer Ebene; Kritik der Patientenreflexionen/-selbsterklärungen (s.auch o.11.2.). Das Ziel, eine Übereinstimmung des Bedeutungs- und Reflexionshorizonts zu erreichen, schließt dabei auch und gerade die Erweiterung der Suchstrategien ein: z.B. Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte, Heranziehung psychologischer Beratung etc.

Es bleibt aber natürlich für die Realisierung dieser konstruktiven Maximen die Frage: wie ist ein solcher Informationsaustausch, insbesondere die verständliche Informationsvermittlung

vom Arzt an den Patienten konkret zu bewerkstelligen? Hier kann man nun das Forschungsprogramm zur Verständlichkeit von Informationsvermittlung aus der sprach- und kognitionspsychologischen Unterrichtsforschung auswerten und anwenden (vgl. GROEBEN 1972; 1976; LANGER et al. 1974; LEY 1977); dabei haben sich theoretisch und empirisch vor allem 4 Dimensionen sprachlicher Informationsgebungen (Rede wie auch schriftlicher Texte) sichern lassen: 1. sprachliche Einfachheit; 2. kognitive Gliederung/Ordnung; 3. Kürze/Prägnanz; 4. Interessantheit.

Im Fall der ärztlichen Informationsvermittlung an den Patienten sind die Dimension Interessantheit und die zur Erreichung dieses Ziels notwendigen Merkmale praktisch irrelevant: denn der Patient ist schon von der besorgten Ich-Beteiligung her äußerst motiviert, alle Informationen aufzunehmen und zu speichern (zu Einschränkungen vgl. u.). Von den übrigen Dimensionen wird in der Praxis vor allem die der sprachlichen Einfachheit als problematisch angesehen bzw. als Ziel angestrebt; sprachliche Einfachheit ist charakterisiert durch Merkmale wie: kurze, einfache Sätze, keine Nominalisierung, möglichst keine Satzschachtelungen, geläufige Wörter, Fachwörter erklärt, persönliche Worte und Konkretheit bzw. Anschaulichkeit. Da es sich bei der Medizin um eine Wissenschaft mit sehr spezieller Fachterminologie (fremdsprachlicher Provenienz) handelt, ist besonders die 'Übersetzung' der Fachausdrücke ins Deutsche relevant, um dem Laien verständlich zu sein. Dies ist ein Aspekt, für den der praktizierende Arzt wohl durchwegs ein zu geringes Problembewußtsein hat, und zudem kaum über problemadäquate alltagsprachliche Begriffe und Konzepte verfügt; dabei sind über solche 'Übersetzung' hinaus aber auch die übrigen Aspekte der sprachlichen Einfachheit zu berücksichtigen.

Noch weniger ist vermutlich das Problembewußtsein für die Dimension der Kürze/Prägnanz vorhanden; hier dürfte das Problem allerdings häufig nicht darin bestehen, daß der Arzt zu wenig kurz und prägnant verbalisiert, sondern eher im Gegenteil zu wenig redundant, d.h. zu wenig mit Wiederholungen arbeitet, die zwar nicht die gleiche sprachliche Formulierung darstellen, aber den gleichen Bedeutungsinhalt vermitteln. Die Gründe für solche zu große Kürze und damit zu geringe Redundanz liegen in den oben besprochenen Determinationen/Rahmenbedingungen der Zeitbeschränkung und des Zeitdrucks innerhalb unseres weitgehend die einseitige Kommunikation implizierenden Gesundheitssystems (s.o.II.1.). Die anzustrebende Redundanz ist vor allem wichtig bei der Beispielgebung: hier sollte zur Verdeutlichung von theoretischen Begriffen, Erklärungskonzepten etc. der auf Verständnis beim Patienten bedachte Arzt immer ein Reservoir von (redundanten, d.h. den gleichen Sachverhalt erneut erklärenden) Beispielen zur Verfügung haben (vgl. lerntheoretische Begründung bei GROEBEN 1972, 126ff.).

Beispiel: Viele Menschen nehmen fälschlicherweise an, daß die Gebärmutter Sexualhormone produziert und daß es zu Hormonstörungen kommt, wenn man die Gebärmutter entfernt. Sie befürchten, daß eine Frau nach einer Gebärmutterentfernung 'vermännlicht', z.B. einen Damenbart und eine tiefe Stimme bekommt, ihr Busen kleiner wird und daß sie sexuell gefühllos wird. Das trifft nicht zu. Denn die Gebärmutter produziert keine Hormone. Zuständig für die Bildung der speziellen Hormone sind die Eierstöcke, und die bleiben bei einer einfachen Gebärmutterentfernung erhalten. Es gibt also keine hormonellen Veränderungen. Die Frau hat nach der Operation weiterhin ihr zyklisches Geschehen, merkt es auch noch gelegentlich, allerdings ohne daß es zu einer Regelblutung kommt. Aussehen und Stimme ändern sich also nicht und auch die biologischen, hormonellen Voraussetzungen für eine befriedigende Sexualität werden durch die Gebärmutterentfernung nicht beeinträchtigt.. (Textvorlage: BRIGITTE 1978, 5, 173).

Die empirischen Untersuchungen zur Verständlichkeit von Informationsvermittlungen haben allerdings ergeben, daß die eindeutig gewichtigste, ja ausschlaggebende Dimension für das

Verständnis des Zuhörers (Lesers) die Dimension der kognitiven Ordnung und Gegliedertheit ist; hier ist besonders aufgrund der kognitiven Lerntheorie von AUSUBEL (1963) eine erhebliche Anzahl von Merkmalen empirisch gesichert worden, die das Verständnis des übermittelten Wissens fördern. Dazu gehört als erstes der sog. 'advanced organizer', d.h. eine vor die eigentliche Fakteninformation geschaltete Einleitung, die die wichtigsten theoretischen Begriffe und Erklärungskonzepte erläutert, die zum Verstehen der nachfolgenden spezielleren Informationen notwendig sind (vgl. GROEBEN 1978, 32ff.); dies Vorschalten einer solchen Konzeptzusammenstellung ist auch deshalb besonders förderlich für das Verständnis der ärztlichen Informationen, weil empirisch gesichert die ersten Inhalte bei einem Lernprozeß am besten behalten werden (vgl. LEY 1977; LEY et al. 1973; LEY & SPELMAN 1967, 66ff.).

Beispiel: Hysterektomie bedeutet die operative Entfernung der Gebärmutter. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen: Entweder nimmt der Arzt den Eingriff durch die Scheide (in der Fachsprache Vagina) vor, oder er öffnet die Bauchdecke. Wenn die Operation vaginal (also von der Scheide her) durchgeführt wird, ist nachher selbstverständlich keine äußerlich sichtbare Bauchnarbe vorhanden. In aller Regel ist die Operationswunde nach 6 Wochen verheilt.. (Textvorlage: BRIGITTE 1978, 5, 175).

Aufbauend auf diesem 'advanced organizer' sollte die Informationsgebung dann konzeptuell linear aufgebaut sein, d.h. die jeweils weniger generellen (inklusive) Konzepte in adäquater theoretischer Relation entwickeln bis hin zu den einzelnen Fakteninformationen; durch diese lineare Gedankenführung sind dann die Erklärungskonzepte gegeben, die überhaupt erst ein brauchbares und (im Rahmen des Möglichen) vollständiges Verstehen der medizinischen Informationen für den Patienten ermöglicht.

Beispiel: Operiert wird am Ende der Scheide (am Scheidengrund). Dort, wo die Gebärmutter in die Scheide hineinragt, wird rund um den Gebärmuttermund geschnitten. Wenn die Gebärmutter herausoperiert ist, wird das kreisförmige Loch am oberen Ende der Scheide zugenäht. Während die Wunde verheilt, lösen sich die Fäden zum Teil auf und werden vom Körper aufgenommen oder aber abgestoßen und gelangen über die Scheide nach außen.. (Textvorlage BRIGITTE 1978, 5, 175).

Diese lineare Gedankenführung ist darüber hinaus zu unterstützen durch: Hervorhebung wichtiger Konzepte (z.B. durch die besprochene kognitive Redundanz), Zusammenfassungen, konkrete Beispielgebung für wichtige Konzepte, Begriffe etc. sowie das Herausarbeiten von Unterschieden bzw. Ähnlichkeiten der zentralen Begriffe und Konzepte (vgl. GROEBEN 1978, 35ff.).

Beispiel: Eine solche Gebärmutterentfernung, bei der nichts anderes als nur das Organ Gebärmutter herausgenommen wird und die für die Hormonproduktion wichtigen Eierstöcke z.B. nicht entfernt werden, heißt 'einfache' Hysterektomie. Auf sie kann man sich beschränken, wenn sich z.B. das Muskelgewebe, aus dem die Gebärmutter im wesentlichen besteht, geschwulstartig verändert hat und die Muskelgeschwulst – in der Fachsprache Myom – auf umliegende Organe drückt. Da das Myom aus gutartigen Zellen besteht, liegt kein Grund vor, eine Radikaloperation durchzuführen. Eine gutartige Geschwulst wächst zwar, aber im Gegensatz zum (bösartigen) Krebs braucht man bei einem Myom keine Befürchtung zu haben, daß von ihm aus kranke Zellen auf andere Organe schädigend übergreifen.. (Textvorlage BRIGITTE 1978, 5, 175).

Bei Realisierung solcher aus der empirischen Lern- und Lehrpsychologie abgeleiteten Handlungsmaximen zur Erreichung von Informationsverständnis beim Zuhörer wird sich innerhalb einer reflexiv-kommunikativen APB im Vergleich zur derzeitigen Situation zumindest ein erheblicher Fortschritt in der kognitiv-operativen Funktion von Sprache erreichen lassen.

III.3. Sprachverwendung und Handlungskonsequenzen

Über die Veränderung der Kognitionssysteme des Patienten führen diese Merkmale und Dimensionen der sprachlichen Kommunikation auch zu einer Verbesserung der Umsetzung von Handlungsanweisungen des Arztes beim Patienten, d.h. zu einer besseren Befolgung ärztlicher Ratschläge und Anweisungen. Eine differenzierte, umfassende und relativ zeitüberdauernde Veränderung des Kognitionssystems beim Patienten ist eben die Voraussetzung für die handlungssteuernde Funktion von Sprache (und den durch sie übermittelten Inhalte). Die autokratische APB führt über die Passivierung und z.T. Infantilisierung des Patienten dazu, daß eine zureichende Veränderung des Kognitionssystems und damit auch ein adäquates Befolgen von ärztlichen Anordnungen häufig verfehlt wird. Dieses Phänomen ist immer wieder von der sog. compliance-Forschung gesichert worden (vgl.O.II.1.). Daß sich die für die kognitiv-operative Funktion konstruktiv abgeleiteten und begründeten Merkmale der sprachlichen Interaktion auch für die Handlungssteuerung und damit 'compliance' des Patienten positiv auswirken, geht indirekt aus der Zusammenstellung von BLACKWELL (1972) hervor, der aufgrund einer Durchsicht und Aufarbeitung von 50 empirischen Studien zum compliance-Verhalten zu folgenden Ergebnissen kommt:

- je umfangreicher die Selbstanwendungsvorschriften, desto geringer die Befolgung;
- je mehr von einem Medikament an einem Tag, desto weniger Befolgung (S.843);
- je größer die Einsicht des Patienten in Medikationszusammenhänge, desto besser ist das Befolgungsverhalten (kann allerdings mit der Krankheit interagieren: z.B. sind Schizophrene weniger einsichtsvoll, Angstpatienten finden die Behandlung möglicherweise unzureichend: 844);
- je besser die Instruktion vom Patienten verstanden wird, desto besser ist die Befolgung (845).

Allerdings ist die Verständlichkeit und kognitive Verarbeitung der ärztlichen Informationen auf Patientenseite natürlich nicht der einzige und ausschließliche Einflußfaktor; gerade hinsichtlich des Befolgungsverhaltens sind motivationale Bedingungen sehr relevant und können mit den im engeren Sinne kognitiven (Wissens-)Bedingungen interagieren, diese in ihrer Wirksamkeit verändern. BLACKWELL führt diesbezüglich (1972) an:

- je länger die Behandlungsdauer, desto größer die Wahrscheinlichkeit für Nichtbefolgung und zwar dann, wenn die Nicht-Befolgung nicht als lebensbedrohend empfunden wird (843);
- je größer die Feindseligkeit und/oder Aggressivität gegen den Arzt, desto geringer ist das compliance-Verhalten (845);
- AIKEN konnte (1976) in einer Untersuchung an 155 genesenden männlichen Myocardinfarktpatienten sichern, daß diese Feindseligkeit gegenüber dem Arzt wiederum von dem Ausmaß abhängt, in dem unterschiedliche Selbstaktualisierungsbereiche durch restriktive Vorschriften eingeengt werden (z.B. Arbeitseinschränkung, Rauchverbot, Esseneinschränkung; S.243).

Die bisherige Forschung hat in der empirischen Analyse autokratischer APB insgesamt als Bedingungen für Angst- und Isoliertheitsgefühle beim Patienten, für Unzufriedenheit und Schuldgefühle gegenüber dem Arzt, die allesamt ihrerseits zum Vergessen oder nicht korrekten Befolgen ärztlicher Anordnungen führen (LEY & SPELMAN 1967), festgestellt:

zu wenig Aufklärung auf Einsichtsniveau (Beispiel: wenn der Patient glaubt, daß seine Anämie unheilbar ist, dann ist es für ihn nicht plausibel, Tabletten gegen Anämie einzunehmen; vgl. LEY & SPELMAN 1967, 52); uneindeutige Instruktiongebung (SVARSTAD 1976); unzureichende Vermittlung von Copingstrategien (auf welche Art und Weise man Rauchen aufgeben kann, wie von großen auf kleine Mahlzeiten umzuschalten ist etc., AIKEN 1976, 243; DAVIS 1966); zu wenig assertorisches Verhalten von seiten des Arztes (z.B. Lob für angezielten Gewichtsverlust; AIKEN 1976).

Diese Bedingungen bezeichnen praktisch die Fehler (aus dem autokratischen Modell der APB), die innerhalb einer reflexiv-kommunikativen Interaktion vermieden werden sollten. Daß die konstruktiven Merkmale besonders der kognitiven Strukturiertheit, Ordnung und Kategorisierung in der Tat auch für die Handlungssteuerung, ablesbar am Ausmaß der Befolgung ärztlicher Anweisungen, relevant sind, konnte mehrfach empirisch nachgewiesen werden.

So sicherte SVARSTAD (1976) folgende Instruktionsmerkmale als Voraussetzungen einer optimalen 'compliance':

Begründung von Medikamenten optimiert das Befolgungsverhalten; — Zuwendung und hochstrukturierte Instruktion sind effektvoller als Zuwendung allein; — hochstrukturierte Instruktion und dezidierte Formulierung (i.S. von 'Sie müssen sich so und so verhalten' anstelle von 'Sie sollten..'; 229) erhöhen die Befolgungsrate; — ärztliche Kontrolle des Selbstanwendungsverhaltens des Patienten (i.S. des Austausches von Anwendungsproblematiken und -erfolgen) motiviert und korrigiert das Befolgungs-Verhalten (vgl. auch DAVIS 1966).

Explizite Anwendungen der Lerntheorie von AUSUBEL (s.o.) hinsichtlich des Behaltens von Informationen und der Wirkung auf die Befolgung haben LEY et al. (1973) Ergebnisse vorgelegt: dabei erwiesen sich die oben genannten Merkmale als bedeutsam; konstruktiv anwendbar ist besonders das Ergebnis, daß das Behalten ('recall') der ärztlichen Information bei expliziter Kategorisierung des Informationsmaterials anstieg; Kategorien waren dabei: diagnostische Hypothesen, Testergebnisse, Prognose, Behandlung, Selbsthilfe.

MEYERS konnte (1965) sichern, daß advanced organizers und handlungsbegleitende Information gemeinsam mit der Beschreibung und Erklärung zu erwartender Effekte von seiten des Arztes beim Patienten realitätsadäquatere Wahrnehmungen bewirken und neue, realitätsangemessenere Konzepte von alten, angstevozierenden zu trennen vermögen.

EGBERT et al. wiesen (1963) nach, daß eine kommunikativ-informative präoperative Betreuung den Patienten in der Regel psychisch stabilisiert (Angstreduktion), während eine medikamentöse Sedierung ihn lediglich schläfrig macht. Desgleichen ergab der Vergleich von prä-postoperativer Betreuung durch den Anästhesisten (Informationen darüber, wie, wo, wie lange Schmerzen nach der Operation normalerweise zu erwarten sind; was der Patient gegen die Schmerzen tun kann: Atmungs-, Bewegungsanweisungen; nach Operation Einübung in die vorher gegebenen Anweisungen durch den Anästhesisten) mit der Behandlung allein durch Narkotika: die 'betreuten' Patienten brauchten signifikant weniger Medikamente, waren zufriedener, wurden von (versuchsunabhängigen) Ärzten zwischen zwei und 17 Tagen eher entlassen als die Nicht-Betreuten (EGBERT et al. 1964; vgl. den Überblick bei LEY 1977).

DUMAS et al. (1965) konnten sichern, daß Patienten in der postoperativen Phase weniger erbrechen, wenn sie vor der Operation 'informierend und versichernd' betreut werden (hier: war eine entsprechend ausgebildete Schwester die letzte Stunde vor der Operation mit dem Patienten zusammen, orientierte ihn, besprach Ängste etc.).

All diese positiven Effekte sind nun nicht einfach dadurch zu erreichen, daß der Arzt die genannten Merkmale reflexiv-kommunikativer Sprachverwendung zu realisieren versucht, sondern die angestrebten Strukturierungen etc. müssen sich auch im kognitiven System des Patienten manifestieren. Und dies ist leider nicht automatisch der Fall; denn natürlich rezipieren und behalten Patienten — ebenso wie Nicht-Patienten — entsprechend ihrem (Vor)Wissen und bewertenden (Vor)Einstellungen (LEY & SPELMAN 1967) selektiv, so daß letztendlich für das Verhalten des Patienten nicht ausschlaggebend ist, 'what the patient was told', sondern 'what he thinks he was told' (McINTOSH 1974, 173). Es ist also eine dauernde Überprüfung der adäquaten Informationsaufnahme durch den Patienten nötig; diese ist nun nicht (wie die Psychologie in ihrer Forschungsmethodik selbst schmerzlich erfahren mußte, vgl. SADER 1957) durch die einfache Frage, ob das Gegenüber das Gesagte verstanden habe, erreichbar. Vielmehr ist eine explizitere Überprüfung, die auch mehr Aktivität von seiten des Patienten erfordert, notwendig; es bietet sich hier an, die Handlungsanweisungen, so weit es sich nicht um ganz konkrete und präzise Medikationsanweisungen handelt, in zunächst einmal relativ genereller Form auszusprechen und die konkrete, in der speziellen Situation des

Patienten brauchbare Manifestation mit diesem zusammen (so weit wie möglich) zu erarbeiten. Damit ist für den Patienten ein Moment des entdeckenden Lernens gegeben (vgl. NEBER 1973), dessen Aktivität zu einer längeren Behaltensdauer und auch besseren Umsetzbarkeit in eigene Handlungen führt.

Beispiel: Nach dieser konzeptuellen Struktur arbeiten Zahnärzte erfolgreich mit Kindern unter dem Aspekt der Prophylaxe zusammen, indem sie ihnen zunächst den Zusammenhang von Mundhygiene und gesunden Zähnen erläutern, dann die Zahnbeläge einfärben, und die Kinder schließlich unter Spiegelkontrolle ins richtige Zähneputzen einüben.

Durch solche Momente einer diskutierenden interaktiven Festlegung von Handlungsmöglichkeiten des Patienten ist wiederum das Ausmaß seiner Selbstbestimmtheit im Vergleich zur autokratischen APB erheblich gesteigert und außerdem der auch zeitlich offene, unabgeschlossene Austausch von Informationen zwischen Arzt und Patient realisiert.

III.4. Emotional-motivationale Versicherung des Patienten.

Für all diese positiven Wirkungen einer reflexiv-kommunikativen Interaktion zwischen Arzt und Patient ist natürlich Voraussetzung, daß diese Kommunikation den Patienten auch emotional-motivational zu stabilisieren in der Lage ist. Und sie tut das, wie das auch die empirischen Ergebnisse aufweisen, auf lange Sicht durchaus. Daß gerade in der Dimension der emotionalen Stabilität und Geborgenheit des Patienten das somatisierende, a-reflexive Interaktionsverhalten von ärztlicher Seite starke negative Konsequenzen zeitigt, wurde oben bei der Explikation des autokratischen Modells der APB ausführlich diskutiert. Es soll daher an dieser Stelle nur mehr beispielhaft auf die Mythologisierung des Expertentums insbesondere in Krisensituationen und den Anstieg 'abergläubischen' Verhaltens auf seiten des Patienten eingegangen werden: Die Mythologisierung des ärztlichen Expertentums wird, wie die empirischen Untersuchungen zeigen, nicht zuletzt auch z.T. von Ärzten selbst betrieben. Dazu gehören nach ENGELHARDT et al. (1973, 195f.) besonders in der Situation therapeutischer Erfolglosigkeit abwehrende Reaktionen wie 'Floskeln, Beruhigung, Sedieren, unkritischer Zuspruch, vorschnelle Ratschläge, Ermahnungen, Bagatellisierungen, Generalisierung von Symptomen, aber auch sogar Verbalinjurien, Ironie, Witz und Zynismus'. Gleichzeitig wird vom Patienten ein starkes Vertrauen erwartet (entsprechend dem Jesuswort: 'Was ich jetzt tue, das versteht ihr nicht, aber ihr werdet es dereinst erfahren' ROHDE 1975, 170). SEIDLER weist darauf hin (1972, 23), daß der affektive Aspekt der APB seit jeher durch moralisch-ethische Wertungen verstärkt worden sei, so daß dem Arzt auf diese Weise als 'Geheimnisträger und -verwalter zusätzliche Kompetenzen zugewachsen sind'; dieses 'Geheimnisträgertum' werde auch standespolitisch 'kultiviert': z.B. durch die Fachsprache, 'Zurückhaltung bei der Aufklärung von Patienten, strenge Überweisungspflichten, die Konsultationspflicht, gruppeninterne Loyalitätsstandards, negative Sanktionen bei kritischen Äußerungen über Kollegen vor Patienten, bei der Aufdeckung von Kunstfehlern etc. bis hin zur exklusiven Ehrengerichtsbarkeit.' (21; vgl. auch FREIDSON 1975) WAITZKIN & STOECKLE behaupten sogar (1972), daß ärztlicherseits Informationen zurückgehalten werden, weil die Unsicherheit des Patienten eine Machtquelle des Arztes bedeute (vgl. auch McINTOSH 1974).

Auf diesem Hintergrund erstaunt es nicht, daß der Patient seinerseits dieser Mythologisierung relativ widerstandslos ausgeliefert ist, ja noch selbst aktiv an ihr mitarbeitet und sie anzustreben zu scheint. Das erklärt sich aber aus den mangelnden Ressourcen und Kontrollmöglichkeiten des Patienten in einem auf der autokratischen APB basierenden Gesundheitssystem; hier ist die Mythologisierung des Arztes in Richtung auf den 'Halbgott in weiß' eine Strategie der Angstreduktion. "Je größer die Angst, in umso höherem Grade akzeptiert man Krankheitstheorien von solchen Leuten, die versprechen, daß die Krankheit eliminiert wird." (OPP 1972, 36) Diese Mythologisierung kann allerdings auch in andere Formen der Angstbewältigung

umschlagen: z.B. in eine negative Einstellung gegenüber medizinischer Versorgung, die sich in unterschiedlichen Mustern abergläubischen Verhaltens zeigt; u.a. auch in der Verdrängung und Bagatellisierung von Symptomen, und das bedeutet Vermeidung medizinischer Versorgung auch und gerade in Bezug auf die Vorsorgemöglichkeiten (vgl. KOOS 1967a).

Daß demgegenüber auch gerade die möglichst umfassende Informierung, der differenzierte kognitive Austausch emotional versichernd wirkt, ist in Abhebung von klassischen unzureichenden Informierungsstrategien mehrfach empirisch bestätigt worden; ich führe einige dieser Untersuchungen beispielhaft an:

Mehrfach konnte gesichert werden, daß nicht-‘aufgeklärte’ Patienten mit der Diagnose Krebs ängstlicher und depressiver ihre Krankheit erleben als ‘aufgeklärte’ (vgl. McINTOSH 1974; WAITZKIN & STOECKLE 1972). WYNN untersuchte (1967) 400 Patienten mit Myocardinfarkt und fand, daß Fehlanpassungen der Patienten eher durch Furcht als durch den organischen Befund zu erklären waren (AIKEN 1976, 241). Den polaren konstruktiven Gegenpol deuten die Ergebnisse der Untersuchung von PRATT et al. (1957) an, die 50 APBen in einer medizinischen Klinik analysierten; danach hatten Patienten, die zumindest einige Informationen über ihre Krankheit bekamen, die Tendenz, mehr zu fragen als die Patienten, denen nahezu gar nichts erklärt wurde; Patienten, die regelmäßig vom Arzt unterrichtet wurden, akzeptierten das ärztliche Vorgehen stärker, so daß letztendlich auch besser für sie gesorgt werden konnte; Patienten, bei denen keine zweiseitige Übereinstimmung hergestellt wurde, gingen signifikant häufiger aus der Behandlung und damit der Beziehung zum je speziellen Arzt heraus. Die kommunikative Vernachlässigung führt aber nicht nur indirekt – qua Destruktion der Selbsthilfemöglichkeiten des Patienten –, sondern auch direkt zu inhumanen Effekten klinischer Versorgung.

So überprüften ENGELHARDT et al. (1973) die ‘Kenntnis der behandelnden Ärzte von dem Einfluß der persönlichen Vorgeschichte auf das Beschwerdebild ihrer Patienten’; dabei stellte sich heraus, daß bei 53 % der Patientinnen und 55 % der Patienten überhaupt keine Kenntnis der persönlichen Vorgeschichte vorlag, nur in Bezug auf 15 % der Patientinnen und 5 % der Patienten gab es eine volle Kenntnis von ‘wichtigen psychosozialen Faktoren, die maßgebend das Beschwerdepil mitprägten’ (o.c., 44). Als Folge davon kam es zu ‘fehlerhaften und schlechten Diagnosen’ (o.c., 43), auf seiten des Patienten nicht selten zu Angstreaktionen, Aggressionen oder Regressionen.

Die Nichtbeachtung psychosozialer Leistungs(un)fähigkeit und Bedürfnisse kann sich darüber hinaus auch in inhumanen Technologien manifestieren.

Fallbeispiel: “Ein 76jähriger Kranker wurde mit einem frischen Hinterwandinfarkt eingewiesen. Er hatte Angst, zeigte eine innere Unruhe und lag die meiste Zeit sich selbst überlassen im Bett; mitmenschliche Kontakte fehlten. Er drängte darauf, in seine gewohnte Umgebung zurück kehren zu dürfen, und wurde schließlich am zehnten Tag desorientiert. Eine Sitzwache bekam er nicht. Wegen seiner psychomotorischen Unruhe mußte er deshalb stärker sediert, zeitweise sogar gefesselt werden; die Folge davon war eine tödliche Pneumonie.” (o.c., 77)

Evidenz für die positive Wirkung von umfassenderer Kommunikation kann man z.B. dem Ergebnis von LEWIS et al. entnehmen, daß sich chronisch Kranke, die durch Schwestern beraten und betreut wurden, signifikant zufriedener und leistungsfähiger zeigten als jene, die durch Ärzte versorgt wurden; die Erklärung geht davon aus, daß die Ärzte den psychosozialen Aspekt von Krankheit im Vergleich zu den Schwestern sehr viel weniger berücksichtigten (AIKEN 1976, 247).

Neben diesen mehr langfristigen emotional-motivationalen Wirkungen der kognitiven Versicherung durch reflexiv-kommunikative Interaktion sollte die Interaktion aber auch in der jeweiligen Situation selbst schon emotional stabilisierend und stützend für und auf den Patienten wirken; es sind dabei vom Sprach- und Kommunikationspsychologischen her besonders die Aspekte des 'Wie' der Interaktion relevant. Hier erscheint es nun sinnvoll und brauchbar, diejenigen Merkmale des (therapeutischen) Sprachverhaltens heranzuziehen, die innerhalb der am zentralsten auf Sprache rekurrierenden Therapieform in der Psychologie, der Gesprächspsychotherapie, als emotional positiv wirksam (für den Klienten) nachgewiesen worden sind. Der Nachweis ist mittlerweile durch eine Unzahl von empirischen Daten fundiert, die hier nicht dargestellt werden können; sie sind im einzelnen in den vorliegenden Sammelreferaten nachzulesen (vgl. TAUSCH 1970; MINSEL & LANGER 1974; GwG 1975). Die gesicherten Zieldimensionen der verbalen Interaktion sind im einzelnen:

Kongruenz und Echtheit: Der Therapeut soll in der Beziehung zum Patienten/Klienten möglichst er selbst sein, sein aktuelles Erleben, seine Erfahrungen, seine Gefühle, auch und gerade gegenüber dem Patienten, offen einbringen (SCHWARTZ 1975, 117); dazu gehört in der APB sicherlich auch das Vermeiden von unechten, nur vordergründig akzeptierenden professionell-höflichen Verhaltensweisen, z.B. der notgedrungen unechten Identifizierung/Solidarisierung mit dem Patienten, wie sie in der z.T. beliebten 'wir'-Formulierung manifestiert wird: wie geht es uns denn heute? dann machen wir uns mal frei! haben wir denn heute schon Stuhl gehabt? etc.

Positive Wertschätzung und unbedingte emotionale Wärme: Diese Ziele sind realisiert (vgl. SCHWARTZ 1975, 117), wenn der Patient in allen seinen Äußerungen als ernstzunehmende Person von Wert akzeptiert wird, ohne daß diese Akzeption von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen abhängig ist (z.B. eines Vertrauensvorschlusses gegenüber dem Arzt, wie es im autokratischen Modell impliziert wird).

Beispiel: "Eine Patientin klagte über Thoraxschmerzen. Dann sagte sie noch: "Herr Doktor, ich bin so müde". Arzt: "Bin ich auch". Patientin: "Ich muß so oft weinen". Arzt: "Das kann ich von mir nicht behaupten". Patientin: "Ich möchte einmal schmerzfrei sein, das ist alles". (ENGELHARDT et al. 1973, 188) Eine emotional warme Antwort thematisiert stattdessen die von der Patientin empfundene Belastung etwa in der Art "Wenn ich Sie recht verstanden habe, macht es Sie ganz mutlos, daß Sie immer so schlapp sind, sich augenblicklich gar nicht kräftig fühlen, ist das richtig? ..."

Einführendes Verständnis und Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (SCHWARTZ 1975, 118): In der medizinischen APB wird es sich dabei vermutlich vor allem um die Einfühlung in das Krankheitsgefühl des Patienten, aber auch um seine Gefühle hinsichtlich der Interaktion mit dem Arzt handeln; die Verbalisierung kann sich dabei auf die Metakommunikation über Interaktionsprobleme oder -erfolge konzentrieren, aber auch durchaus schon — wie bei der Gesprächstherapie — bei der Verbalisierung von entsprechenden Gefühlen des Patienten an seiner Stelle einsetzen. Beide Aspekte dürften ausschlaggebend dafür sein, daß das untolerable Ungleichgewicht in der autokratischen APB aufgehoben wird, wo der Patient die Last der Verantwortung für das emotionale Gelingen der Beziehung/Interaktion tragen muß.

"Eine sensible 61 Jahre alte Patientin mit einer seit einem Jahr bestehenden progredient-chronischen Polyarthritide wurde längere Zeit mit hohen Dosen Cortison behandelt. Sie entwickelte daraufhin typische Symptome eines Cushing-Syndroms. Als der Stationsarzt sie dem Oberarzt bei der Visite vorstellte, wies er auf die "supraclaviculären Fettpolster" und den "typischen Stiernacken" hin. Die Patientin, zunächst verdutzt, dann schmunzelnd, reagierte jedoch humorvoll und sagte: "Jetzt fehlen nur noch die Hörner!" (ENGELHARDT et al. 1973, 101)

Neben diesen drei klassischen Kernvariablen sind in neuerer Zeit auch noch Merkmale wie 'innere Beteiligung/Engagement' und 'Überzeugungskraft' untersucht und als bedeutsam gesichert worden (vgl. SCHWARTZ 1975, 119).

Wenn man sich in solche Verhaltensweisen einüben will, so besteht natürlich der Wunsch nach einfachen, auf die Zieldimensionen hinführenden Kriterien. Da es sich bei den angestrebten verbalen Interaktionsweisen auf jeden Fall immer um einen sog. sozial-integrativen Interaktionsstil handeln wird, bietet sich hier ein Hauptcharakteristikum dieses Stils als hinführendes Überprüfungskriterium einfachster Art an: die Reversibilität von Äußerungen; unter Reversibilität versteht man die Umkehrbarkeit in dem Sinn, daß der Angesprochene die gleiche Äußerung von der Form her (nicht unbedingt dem Inhalt) zurückgeben könnte, ebenfalls benutzen könnte, ohne die Interaktion zu gefährden oder Verletzungen beim Gegenüber auszulösen (vgl. TAUSCH & TAUSCH 1965, 146ff.). Auch für das Merkmal der sozialen Reversibilität von Äußerungen ist gesichert, daß es Ängste und andere emotionale Schwierigkeiten beim Rezipienten herabsetzt (TAUSCH & TAUSCH 1965, 149). Ein Mediziner, der seine Äußerungen zumindest immer auf dies Kriterium hin überprüft, entgeht auf jeden Fall der dem autokratischen Interaktionsmodell inhärenten Dynamik der Überordnung von Arzt gegenüber Patienten und erfüllt damit die notwendige Bedingung zur Erreichung einer reflexiv-kommunikativen Interaktion.

Beispiel: 'Bitte würden Sie jetzt den linken Ärmel hochkrempeln, damit... (anstelle von: 'Machen Sie den linken Arm frei!'). 'Könnten Sie mir den Schmerzverlauf einmal genau beschreiben?' (Anstelle von: 'Beschreiben Sie den Schmerzverlauf!') 'Bitte würden Sie jetzt versuche, ganz ruhig liegen zu bleiben?' (anstelle von: 'Stillliegen!')

III.5. Realisierungsschwierigkeiten und -möglichkeiten.

Bei den bislang angezielten Merkmalen einer reflexiv-kommunikativen APB handelt es sich zum augenblicklichen Zeitpunkt und auf dem Hintergrund des gegenwärtigen Gesundheitssystems natürlich vor allem um regulative Zielvorstellungen, die das Verhalten steuern sollen, auch wenn sie derzeit nicht vollständig erreichbar sind.

Schwierigkeiten für die Realisierung dieser Zielregulativa gibt es übergenug, was aber nicht an dem Versuch ihrer Überwindung hindern sollte. Auf der Seite des Arztes gehört sicherlich dazu, daß dieser mit der Anwendung der naturwissenschaftlichen Medizin so ausgelastet ist, daß die Berücksichtigung von psychischen und sozialen Problemen der Patienten eine Überforderung darstellt (vgl. DREITZEL 1972, 84). Dies ist, gemessen an den Kenntnissen der heutigen Mediziner über psychische Probleme, sicherlich eine objektive Überforderung; zudem gibt es einen umfassenden oder auch nur befriedigenden Wissenskorpus über psycho-soziale Bedingungen von Krankheit/Gesundheit bzw. Krankheitsverhalten bislang noch nicht. Außerdem existieren auch noch Aspekte wie: unterschiedliche Problemlösungsstrategien, 'Sprachbarrieren' (vgl. u.a. FERBER 1973; SAMORA et al. 1961) etc., die es für die Stabilisierung einer therapeutischen Gemeinschaft zu überwinden gilt.

Aber auch auf der Patientenseite gibt es erhebliche Realisierungsschwierigkeiten; sehr gewichtig dürfte dabei sein, daß sich der Somatisierungsaspekt (sozusagen als abgesunkenes Kulturgut) gerade in den Kognitionen der Laien festgesetzt hat (vgl. ENGELHARDT et al. 1973, 6; ROHDE 1972, 70), obwohl längst wissenschaftliche Übereinkunft darüber herrscht, "daß zwischen 50-80 % aller in der haus- oder fachärztlichen Praxis gestellten Diagnosen Krankheiten betreffen, die zumindest teilweise durch psychische (und damit auch gesellschaftliche) Faktoren bedingt sind." (BÖKER 1971; vgl. auch BECKMANN 1972) Auch von diesem Problem sind wiederum am stärksten diejenigen betroffen, bei denen das Somatisierungsmuster

existentiell am bedeutsamsten ist: die Unterschichtangehörigen; sie können es sich schlicht nicht leisten, über psychogene Faktoren nachzudenken, reagieren von daher auch konfliktvermeidend auf Umweltfaktoren und können psycho-soziale Belastungen erst recht nicht in der APB thematisieren: 'Emotionale Probleme in Arbeiterfamilien werden selten in der Arztpraxis artikuliert' (THORBECKE 1975, 81).

Das letzte Problem deutet aber schon eine Lösungsmöglichkeit für die vorhandenen und zu erwartenden Realisierungsschwierigkeiten an: Man muß die unterschiedlichen Voraussetzungen (Persönlichkeitsmerkmale) des Patienten bei der Behandlung berücksichtigen. Es ist dies der Ansatz der Wechselwirkung von Person und 'treatment', wie er in der Pädagogischen Psychologie innerhalb der Unterrichtsforschung entwickelt worden ist (vgl. FLAMMER 1973; 1975; vgl. auch die oben zitierte Heuristik des 'Diabetes mellitus'-Beispiels von SZASZ & HOLLENDER 1956). Hilfreich zur Vermeidung unrealistischer Ansprüche an den Arzt dürfte hier besonders der Aspekt der Interaktionseffekte hinsichtlich Einstellung und Verhalten von Arzt und Patient sein.

Beispiel: ZBOROWSKI (1969) untersuchte nordamerikanische Veteranen unter der Fragestellung: Zusammenhang subjektiver Krankheitskonzepte/theorien und Schmerzverhalten:

- Angst und Besorgnis, gekoppelt mit Sensitivierungsstrategien (Symptomaufmerksamkeit) und ausgeprägt kritischen Suchstrategien in Bezug auf ärztliche Hilfe unterscheiden die jüdischen Veteranen signifikant von allen anderen Gruppen: Italiener klagen zwar, haben aber offensichtlich weniger rationale Bewältigungsstrategien,

- Iren haben offensichtlich die wenigsten und undifferenziertesten Erklärungsmuster, dabei die Neigung zu internaler Attribuierung (erleben sich selbst als Verursacher von Krankheit und Krankheitsumständen), was sich in einer mehr klaglosen Passivität äußert.

- Der 'Amerikaner' hingegen scheint unemotional, versucht ein Herunterspielen seines Leidens, hat Rückzugstendenzen, in der APB ist er der kumpelhaft-markige, kooperative Patient. Da dieses Krankheitsverhalten im wesentlichen dem herrschenden Rollenverständnis (und wohl auch der amerikanischen Leistungsideologie) auf der Seite des Arztes entspricht, ist das genau der Typ des 'guten Patienten', dem man auch am meisten Aufmerksamkeit zukommen läßt etc., so daß letztendlich ihm alle Positiva der medizinischen Versorgung zukommen. Entsprechend ist er auch der zufriedenste.

Nun ist vom Arzt natürlich nicht zu verlangen, daß er jeweils spezifische Verhaltensweisen zur Optimierung solcher positiver Interaktionseffekte entwickelt. Vielmehr sollte die Kenntnis solcher Effekte ihre Thematisierung innerhalb der reflexiven Kommunikation (hier also Metakommunikation) ermöglichen und damit den Arzt vor Überforderungsansprüchen von seiten des Patienten aber auch des eigenen Rollen- und Aufgabenverständnisses schützen. Wenn man auf diese Weise die regulative Zielvorstellung der reflexiv-kommunikativen Arzt-Patient-Interaktion approximativ zu realisieren versucht, dann ist damit zumindest grundsätzlich die Vorstellung von Gesundheit angezielt, wie sie die WHO definiert hat:

"Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit. Der Genuß des höchsten erreichbaren Niveaus von Gesundheit ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen ohne Unterschied von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, ökonomischer und sozialer Stellung." (WHO-constitution 1946)

Ich danke für Kritik und Anregung: N.Groeben, N.Grünherz, H.J.Kagelmann, U.Reichwald.

LITERATUR

- ADLER, K. 1977: Doctor-patient communication: A shift to problem-oriented research. *Human Communication Research* 3, 179-190
- AIKEN, L.H. 1976: Chronic illness and responsive ambulatory care. In: MECHANIC, D. (ed) 239-254
- AUSUBEL, D.P. 1963: The psychology of meaningful verbal learning. New York
- BECKMANN, D. 1972: Psychologische Determinanten in der Arzt-Patient-Beziehung. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 4, 133-139
- BEGEMANN, H. (ed) 1976: Patient und Krankenhaus. München
- BEGEMANN-DEPPE, M. 1976: Im Krankenhaus sterben: das Problem der Wissenskstitution in einer besonderen Situation. In: BEGEMANN, H. (ed) 71-89
- BLACKWELL, B. 1972: The drug defaulter. *Clinical Pharmacology a. Therapeutics* 13, 841-848
- BÖKER, K. 1971: Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. *Das Argument* 13, 11/12, 901-927
- BULTHAUP, P. 1973: Zur gesellschaftlichen Funktion der Naturwissenschaften. Frankfurt/M.
- CANGUILHEM, G. 1974: Das Normale und das Pathologische. München
- CARTWRIGHT, A. 1964: Human relations and hospital care. London
- CLYNE, M.B. 1972: Die Arzt-Patient-Beziehung. *Internist* 13, 409-413
- COULTHARD, M. & ASHBY, M. 1975: Talking with the doctor. *J. of Communication* 3, 140-147
- DAVIS, M.S. 1968: Variations in patients' compliance with doctors' advice: An empirical analysis of patterns of communication. *American J. of Public Health* 58, 274-288
- DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. 1974: Abnormal psychology. New York
- DEMLING, L. & FLÜGEL, H. 1975: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes? *Dt. Medizinische Wochenschrift* 100, 1587-1589
- DEPNER, K. 1974: Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild. Stuttgart
- DIETZSCH, F. & REICHWALD, U. 1977: Psychosoziale Bedingungen der Befolgung ärztlicher Anordnungen. *Medizinsoziologische Mitteilungen* 2 (zit. n. Manuskript)
- DREITZEL, H.P. 1972: Interaktion: Fundamental- oder Mangelphänomen. In: ROSE, H.K. & BUGGLE, H. (eds) 75;85
- DUMAS, R.G. et al. 1965: The importance of the expressive function in preoperative preparation. In: SKIPPER, J.K. & LEONARD, R.C. (eds) 16-29
- EGBERT, L.D. et al. 1963: The value of the preoperative visit by an anesthetist. *J. of the American Medical Association* 185, 553-555
- ders. et al. 1964: Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England J. of Medicine* 270, 825-827
- ENGELHARDT, K. et al. 1973: Kranke im Krankenhaus. Stuttgart
- FERBER, L.v. 1973: Verstehen und Verständigung zwischen Arzt und Patient. *Fortschritte der Medizin* 91, 8, 311-312, 345
- FLAMMER, A. 1973: Wechselwirkung zwischen Schülermerkmalen und Unterrichtsmethode. *Z. für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie* V, 130-147
- ders. 1975: Individuelle Unterschiede im Lernen. Weinheim
- FREIDSON, E. 1975: Dominanz der Experten. München
- FULLER, D.S. & QUESEDA, G.M. 1973: Communication in medical therapeutics. *J. of Communication* 23, 361-370
- GATZENMEIER, M. 1974: Grundsätzliche Überlegungen zur rationalen Argumentation. In: KÜNZLI, R. (ed): *Curriculumentwicklung — Begründung und Legitimation*. München 147-158

- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. — GwG (ed) 1975: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München
- GOLDEN,J.S.&JOHNSON,G.D. 1970: Problems of distortion in doctor-patient-communication. *Psychiatry in Medicine* 1, 127-149
- GROEBEN,N. 1972/1978: Die Verständlichkeit von Unterrichtstexten. Dimensionen und Kriterien rezeptiver Lernstadien. Münster (2. erweiterte Auflage 1978)
- ders. 1976: Verstehen, Behalten, Interesse. Übereinstimmende Antworten und kontroverse Fragen zur Beziehung von Textstruktur, Textverständnis und Lerneffekt. *Unterrichtswissenschaft* 2, 128-142
- ders.&SCHEELE,B. 1977: Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Darmstadt
- ders.&WESTMEYER,H. 1975: Kriterien psychologischer Forschung. München
- HABERMAS,J. 1971: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Ders.&LUHMANN,N.: *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie*. Frankfurt/M. 101-140
- HORN,K. 1972: Symposiumsbeitrag. In: ROSE,H.K.&BUGGLE,H.(eds) 180
- JACOBS,J. 1971: Perplexity, confusion and suspicion. *Social Science and Medicine* 6, 151-157
- KASL,S.V.&COBB,S. 1966: Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives Environmental Health* 12, 246-266
- KAUPEN-HAAS,H. 1969: Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität. Stuttgart
- KEUPP,H. 1972: Sind psychische Störungen Krankheiten? In: Ders. (ed): *Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse*. München 1-43
- ders. 1974: Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Forschung. In: ders. (ed) *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur*. München
- KNEBEL,H.J. 1973: Metatheoretische Einführung in die Soziologie. München
- KOCH,U. 1975: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. *Psychologie heute* 1, 13-17
- KÖHLE,K. et al. 1976: Klinische Psychosomatik. In: BEGEMANN,H. (ed) 91-135
- KOOS,E.L. 1967a: Krankheit in Regionville. In: MITSCHERLICH,A. et al. (eds) 304-310
- ders. 1967b: Metropolis — Was Stadtbewohner von ihrem Gesundheitswesen halten. In: MITSCHERLICH,A. et al. (eds) 311-320
- KOPPERSCHMIDT,J. 1973: Rhetorik. Stuttgart
- KORSCH,B.M.&NEGRETE,V.F. 1972: Doctor-patient communication. *Scientific American* Aug., 227, 66-74
- KUTNER,B. 1960: Physician — patient relationships: A theoretical framework. In: PEALMAN,J.&HARTLEY,E. (eds): *Festschrift für Gardner Murphy*. New York 258-273
- LANGER,I. et al. 1974: Verständlichkeit in Schule, Verwaltung, Politik und Wissenschaft. München/Basel
- LAUCKEN,U. 1974: Naive Verhaltenstheorie. Stuttgart
- LEY,P. 1977: Psychological studies of doctor-patient communication In: RACHMAN,S.T. (ed): *Contributions to medical psychology Vol.1*, London 9-42
- ders. et al 1973: A method for increasing patients' recall of information presented by doctors. *Psychological Medicine* 3, 217-220
- ders.&SPELMAN,M.S. 1967: *Communicating with the patient*. London
- LORENZER,A. 1972: Über den Gegenstand der Psychoanalyse; oder: Interaktion und Sprache. Frankfurt/M.
- LÜTH,P. 1974: *Sprechende und stumme Medizin*. Frankfurt/M. 1974
- MAUSBACH,H. 1971: Eine gescheiterte Disziplinierung. *Das Argument* 13, 11/12, 971-1002
- McINTOSH,J. 1974: Process of communication, information seeking control associated with cancer: A selected review of the literature. *Social Science and Medicine* 8, 167-187
- McKINLAY,J.B. 1972: Some approaches and problems in the study of the use of services — An overview. *J. of Health and Social Behavior* 13, 115-152

- MECHANIC, D. 1968: Medical Sociology. Glencoe
- ders. (ed) 1976: The growth of bureaucratic medicine. New York
- MERING, O.v. 1967: Erkranken, Gesundwerden und die Problemlösung — eine verhaltenswissenschaftliche Studie. In: MITSCHERLICH, A. et al. (eds) 332-348
- MEYERS, M.E. 1965: The effect of types of communication on patients' reactions to stress. In: SKIPPER, J.K. & LEONARD, R.C. (eds) 92-100
- MINSEL, W.R. & LANGER, I. 1974: Forschung in client-centered Gesprächspsychotherapie. In: SCHRAML, W.J. & BAUMANN, U. (eds): Klinische Psychologie II, 209-243
- MITSCHERLICH, A. 1967: Die psychosomatische und konventionelle Medizin. Vor der Praxis sozialer Vorentscheidungen für die medizinische Forschung und Praxis. In: Ders. et al. (eds) 140-152
- ders. et al. (eds) 1967: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln/Berlin
- MOSER, H. 1975: Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften. München
- NEBER, H. (ed) 1973: Entdeckendes Lernen. Weinheim
- OPP, K.D. 1972: Symposiumsbeitrag In: ROSE, H.K. & BUGGLE, H. (eds) 36
- PALMER, J.W. 1966: Staff-patient communications in a chest hospital. British J. of Preventive and Social Medicine 20, 195-201
- PFLANZ, M. et al. 1966: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten. Medizinische Klinik 61, 391-396
- PRATT, L. et al. 1957: Physicians' view on the level of medical information among patients. American J. of Public Health 47, 1277-1283
- PRIM, R. & TILMAN, H. 1973: Grundlagen einer kritisch-rationalen Sozialwissenschaft. Heidelberg
- RASPE, H.-H. 1976: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten. Darstellung und Diskussion eines Mißverhältnisses. In: BEGEMANN, H. (ed) 49-71
- READER, G.C. et al. 1957: What patients expect from their doctors. Modern Hospital 89, 88-94
- REIMANN, H. 1976: Die psychosozialen Bedürfnisse von Krankenhauspatienten. In: Dies. & REIMANN, H. (eds) 143-160
- dies. & REIMANN, H. (eds) 1976: Medizinische Versorgung. München
- RITTER-RÖHR, D. (ed) 1975: Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt/M.
- ROBINSON, L.A. 1974: Patient's information base: A key to care. Canadian Nurse 70, 34-36
- ROGERS, C.R. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. of Consulting Psychology 21, 95-103
- ROHDE, J.J. 1975: Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. In: RITTER-RÖHR, D. (ed) 167-210
- ROSE, H.K. & BUGGLE, H. (eds) 1972: Interaktion, Krankheit und Heilung als zwischenmenschliches Geschehen. Ein Symposium in Konstanz/Bodensee vom 4.-6. Mai. La Roche
- RUPPRECHT, H. 1972: Sprache als Medikament. In: ROSE, H. & BUGGLE, H. (eds) 51-60
- SADER, M. 1957: Instruktionsverständnis und Testleistung. Frankfurt/M.
- SAMORA, J. et al. 1961: Medical vocabulary among hospital patients. J. of Health and Human Behavior 2, 82-92
- SCHIED, H.W. o.J.: Interaktion und Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung in der stationären Versorgung. 9. Vorlesung: Medizinische Soziologie, Uni-Tübingen
- SCHILD, H. 1975: Empirische Befunde zum Einfluß von Psychotherapeutenmerkmale auf den gesprächstherapeutischen Prozeß. In: GwG (ed) 124-137
- SCHMÄDEL, D. 1975a: Soziale Normen im Bereich des Krankheitsverhaltens. In: RITTER-RÖHR, D. (ed) 29-51
- ders. 1975b: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. In: RITTER-RÖHR, D. (ed) 122-123

- ders. 1975c: Der Arztbesuch als Teilaspekt des Krankheitsverhaltens. Ansatz zu einer theoretischen Klärung. In: RITTER-RÖHR, D. (ed) 124-166
- SCHMIDT, L.R. & KESSLER, B.H. 1976: Anamnese. Methodische Probleme, Erhebungsstrategien und Schemata. Weinheim
- SCHORR, R. 1969: Zum Arzt-Patient-Verhältnis. Z. für Ärztliche Fortbildung 63, 1099-1104
- SCHWARTZ, H.J. 1975: Empirisch überprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: GwG (ed) 114-123
- SEIDLER, R. 1972: Traditionelle Riten der Interaktion. In: ROSE, H. & BUGGLE, H. (eds) 19-25
- SIEGRIST, J. 1972: Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären Patienten. Z. für Soziologie 1, 271-280
- ders. 1974: Sprache und Macht. Zur Analyse sprachlicher Korrelate sozialer Machtbeziehungen. DFG 1974; veröffentlicht 1977
- ders. 1976: Der Doppelaspekt des Patienten im Krankenhaus. In: BEGEMANN, H. (ed) 25-48
- SKIPPER, J.K. 1965: Communication and the hospitalized patient. In: Ders. & LEONARD, R.C. (eds) 61-82
- ders. & LEONARD, R.C. (eds) 1965: Social interaction and patient care. Philadelphia
- SPELMAN, M.S. et al. 1966: How do we improve doctor patient communications in our hospitals. World Hospitals 2, 126-134
- STRAUS, R. 1957: The nature and status of medical sociology. American Sociological Review 22
- SVARSTAD, B.W. 1976: Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In: MECHANIC, D. (ed) 220-238
- SZASZ, T.S. & HOLLENDER, M.H. 1956: A contribution to the philosophy of medicine. Archives of Internal Medicine 97, 585-592
- TAUSCH, R. 1970: Gesprächspsychotherapie. Göttingen. 4. ergänzte Auflage
- ders. & TAUSCH, A.-M. 1965: Erziehungspsychologie. Göttingen. 2. erweiterte Auflage
- THORBECKE, R. 1975: Bewältigung von Krankheitsepisoden in der Familie. In: RITTER-RÖHR, D. (ed) 52-111
- TWADDLE, A.C. 1972: The concept of the sick role and illness behavior. Advances in Psychosomatic Medicine 8, 162-179
- ULMANN, G. 1975: Sprache und Wahrnehmung. Frankfurt/M.
- WAITZKIN, H. & STOECKLE, J.D. 1972: The communication of information about illness. Advances in Psychosomatic Medicine 8, 180-215
- World Health Organization 1946: WHO-Constitution. Genf
- WULFF, E. 1971: Der Arzt und das Geld. Der Einfluß von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Das Argument 13, 11/12, 955-970
- ZBOROWSKI, M. 1969: People in pain. S. Francisco
- ZOLA, J.K. 1966: Culture and symptoms: An analysis of patients complaints. American Sociological Review 31, 615-630
- ders. 1972: Studying the decision to see a doctor. Review, critique, corrective. Advances in Psychosomatic Medicine 8, 216-236