Deutsche Sprache

Zeitschrift für Theorie, Praxis, Dokumentation

Im Auftrag des
Instituts für deutsche Sprache, Mannheim
herausgegeben von Hugo Steger (Geschäftsführung),
Odo Leys, Gerhard Stickel und
Johannes Schwitalla

16. Jahrgang 1988



ERICH SCHMIDT VERLAG

MEDIKAMENTE IM GESPRÄCH ZWISCHEN ARZT UND PATIENT – GESPRÄCHSANALYSEN FÜR DIE PRAXIS*

Abstract

In diesem Beitrag geht es um die Phase im Arzt-Patienten-Gespräch, in der die medikamentöse Therapie besprochen wird. Aus gesprächsanalytischer Perspektive sind in dieser Phase vor allem zwei Aspekte wichtig, thematische Komponenten der Verordnung und die Art und Weise der Verordnungshandlung. Hier entscheidet sich, ob die Therapieplanung gelingt. Thematische Komponenten (z. B. Wirkungsweise, Einnahmehinweise etc.) und ihre Abfolge sowie verschiedene Typen der Verordnung (z. B. Anordnung, Alternativangebot etc.) werden unter dem Gesichtspunkt der dem Gesprächstyp eigenen Gesprächslogik auf ihre Chancen und Gefahren hin analysiert. Der Beitrag bildet die wissenschaftliche Grundlage für Fortbildungen in ärztlicher Gesprächsführung.

This article examines the phase in the conversation between doctor and patient in which the medicinal therapy is discussed. From the point of view of discourse analysis there are two aspects in particular in this phase which are important: the thematic components of prescription, and the manner of prescribing. This phase determines the success or failure of the therapy planning. The thematic components (e.g. effect of the medicine, dosage instructions, etc.) together with the order in which they are presented, and different types of prescribing (instructing, offering alternatives, etc.) are analysed from the point of view of the logic typical of each discourse type to see what chances and what dangers they entail. The article forms the scientific basis for in–service training in discussions with patients for doctors.

Gliederung:

- 1. Vorbemerkung
- 2. Thematische Komponenten der Medikation
- 3. Interaktive Probleme der Verordnung
- 4. Typen der Verordnung
- 5. Zusammenfassung

Literatur

1. Vorbemerkung

Medikamente sind in vielen Abschnitten des Gesprächs zwischen Arzt und Patient ein wichtiges Thema. Sie können in allen Abschnitten eines solchen Gesprächs besprochen werden, allerdings jeweils unter verschiedenen Gesichtspunkten.

Die vorliegende Arbeit ist ein Teil des Versuchs, Strukturen, Inhalte und besondere Probleme des ärztlichen Gesprächs mit Patienten gesprächsanalytisch aufzuarbeiten. Ausgangspunkt war eine Handlungsschemaanalyse¹ des Gesprächstyps 'Erstgespräch

- * Diese Arbeit steht im Zusammenhang eines Forschungsprojekts zur Umsetzung gesprächsanalytischer Forschung in die professionelle Gesprächspraxis, das vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft gefördert wurde. Die Ziele des Projekts lagen in der konkreten Ausarbeitung von Trainingsmaterialien für Professionelle. Im Laufe der Projektarbeit hat sich der Bearbeiter auf das Arzt-Patienten-Gespräch konzentriert. Näheres s. Spranz-Fogasy (1988).
- ¹ Zum analytischen Konzept des Handlungsschemas vgl. Nothdurft/Spranz-Fogasy (1984).

zwischen Arzt und Patient'. Dieser Gesprächstyp ist dem Beratungsgespräch sehr ähnlich und folgt einem Handlungs-Dreischritt mit den Komponenten

- Beschwerdeschilderung/Exploration,
- Diagnose,
- Therapieplanung.

Im allgemeineren Gesprächstyp 'Beratungsgespräch' lautet dieser Dreischritt analog dazu

- Problemdarstellung,
- Problemdefinition,
- Lösungsentwicklung.3

Die Besonderheiten eines ärztlichen Gesprächs gegenüber einem Beratungsgespräch bestehen aber nicht nur in der Spezifikation von Handlungsschritten, sondern auch in institutionell geregelten Rahmenbedingungen, zu denen u.a. das Verfügungsrecht des Arztes über die meisten Medikamente zählt. Auch insofern kommt den Medikamenten im ganzen Gespräch eine wichtige Bedeutung zu.

In der Explorationsphase fragt der Arzt z. B. nach einer eventuellen Selbstmedikation des Patienten, fragt gelegentlich nach vorhandenen Erfahrungen mit bestimmten Medikamenten oder Medikamentengruppen, oder er verdächtigt sogar ein Medikament als Ursache der gegenwärtigen Beschwerden. Bei der Diagnosemitteilung steht dann oft das ätiologische Moment im Vordergrund (z. B. eine allergische Reaktion auf ein bestimmtes Medikament).

Der Abschnitt, in dem Medikamente aber eine besonders wichtige Stellung einnehmen, ist naturgemäß die Therapieplanung. Hier sind Medikamente oft der einzige Gesprächsinhalt, werden sachliche und interaktive Probleme dieses Gesprächsgegenstandes virulent (Kontraindikation, Verständlichkeit etc.).

Viele Ärzte belassen es bei der Verordnung von Medikamenten allein bei einer Bemerkung wie ich schreib Ihnen hier mal was auf. Wie problematisch ein solches Verhalten ist, zeigt eine Interpretation auch nur der wesentlichsten inhaltlichen Momente dieser Äußerung, die der Patient aus dieser knappen Formulierung für sich entziffern muß. Der Arzt sagt mit dieser Äußerung u.a.:

- 1. 'Ich weiß genug über Ihre Beschwerden.'
- 2. 'Ich entscheide mich (evtl. u.a.) für eine medikamentöse Therapie.'
- 3. 'Ich verordne Ihnen ein Medikament.'
- 4. 'Dieses Medikament nehmen Sie ein.'
- 5. 'In der Packung finden sich die erforderlichen (und einzuhaltenden) Einnahmehinweise.'
- 6. 'Dieses Medikament wird Ihnen helfen.'
- 7. 'Falls nicht, kommen Sie bitte wieder.'

Diese eindrucksvolle Liste offenbart aber noch lange nicht alle mehr oder weniger erkennbaren und mehr oder weniger wichtigen Implikationen; sie soll nur einmal demonstrieren, welchen Verständnisproblemen wir als Gesprächspartner oft gegenüberstehen.

² Unter 'Erstgespräch' verstehe ich solche Gespräche zwischen Arzt und Patient, in denen gesundheitliche Probleme des Patienten zum ersten Mal oder – nach einer abgeschlossenen Behandlungsphase – erneut besprochen werden. Die meisten Gesprächsbeispiele hier sind aus solchen Erstgesprächen

³ Zur Handlungsstruktur des Interaktionstyps 'Beraten' s. Kallmeyer (1981).

Die folgenden Ausführungen zielen zunächst auf den thematischen Aspekt des Gesprächs über Medikamente. Diese Analyse zeigt, welche Themen zwischen Arzt und Patient besprochen werden und in welcher Weise Themen und Themenfolge für das Verständnis des Patienten und für die Beziehung zwischen Arzt und Patient wichtig sind. Im Anschluß daran werden Probleme untersucht, die sich aus der Logik des ärztlichen Gesprächs einerseits und praktischen Umständen andererseits ergeben, bevor dann schließlich unterschiedliche Typen ärztlicher Verordnungsweisen aufgezeigt werden.⁴

2. Thematische Komponenten der Medikation

Arzt und Patient sprechen, wenn sie über Medikamente reden, gemeinsam verschiedene Aspekte dieses Themas an. Allerdings werden nicht in jedem Gespräch immer alle Aspekte auch tatsächlich thematisiert, so sind z.B. Nebenwirkungen nach meinen Erfahrungen sogar brisant unterrepräsentiert – in über 50 Gesprächen werden Nebenwirkungen überhaupt nur fünfmal erwähnt, und Hinweise auf die Problematik schockierender Informationen in Beipackzetteln fehlen gänzlich.⁵

Eine Analyse aller Äußerungen, in denen Medikamente eine Rolle spielen, ergibt, daß sich insgesamt fünf Aspekte – im folgenden 'thematische Komponenten' genannt – unterscheiden lassen. 6 Ob und wie diese Komponenten angesprochen werden, hängt auf seiten des Arztes von mehreren Faktoren ab. Da ist zunächst der Eindruck, den der Arzt vom jeweiligen Patienten hat; z. B. kann er sich fragen, ob der Patient bestimmte Zusammenhänge verstehen wird oder nichts mit solchen Erläuterungen anfangen kann. Ein zweiter Faktor ist das Krankheitsbild des Patienten: bei festgestelltem essentiellen Bluthochdruck wird der Arzt viel nachhaltiger und ausführlicher über die Medikation sprechen als beispielsweise bei einer jahreszeitlich bedingten Erkältung. Und schließlich ist natürlich das Medikament selbst ausschlaggebend dafür, was ein Arzt anspricht; bei einem Eisenpräparat wird immer die schwarze Verfärbung des Stuhles erwähnt werden müssen, um dem Patienten schon prophylaktisch Ängste zu nehmen.

Die folgenden Ausführungen gelten den fünf thematischen Komponenten der Medikation, diese Komponenten werden dargestellt und mit ihnen die entsprechenden Interaktions auf gaben, die mit dem Ansprechen der Komponenten für einen Arzt verbunden sind. Der Sinn dieses Unternehmens liegt darin, das, was ein Arzt gesprächsweise tut, einmal in differenzierter Form sichtbar und erkennbar zu machen (quasi 'in Zeitlupe') und dem Arzt Hilfestellung für seine Gesprächsplanung zu geben. Die hier gewählte Reihenfolge der Komponenten spiegelt die durchschnittliche Reihenfolge in den ausgewerteten Gesprächen wider; daß und wie diese Ordnung auch Bedeutung für den gesamten Komplex der Verordnung hat, wird am Ende dieses Abschnittes deutlich gemacht werden.

⁴ Die Analysen beruhen auf der systematischen Auswertung von ca. 50 Arzt-Patienten-Gesprächen mit 14 verschiedenen Ärzten. Diese Gespräche wurden unter natürlichen Bedingungen aufgezeichnet.

⁵ Dies ist eine erstaunliche Beobachtung, wenn man die öffentliche Beachtung bedenkt, die dieses Thema immer wieder findet.

⁶ Bei der Analyse thematischer Komponenten wurde ein Verfahren angewandt, das es erlaubt, über eine Menge von Äußerungen hinweg Redeinhalte zu abstrahieren und zu typisieren. Dieses Verfahren wird näher beschrieben in Nothdurft (1984), Kap. 1.

Verschreibung/Medikament

Die erste thematische Komponente ist obligatorischer Bestandteil jeder Therapieplanung, in der überhaupt Medikamente verordnet werden. Es handelt sich einmal um die Verschreibung selbst sowie um das Medikament. Diese Komponente umfaßt alles, was die Modalitäten der Verschreibung eines Medikamentes anbelangt und was zu dessen Beschreibung dient:

Beispiel 17

A: Ich schreib Ihnen jetzt nomal des Spasmo-Urgenin auf 0 also des is kein Antibiotikum Beispiel 2

A: und die Salbengrundlage das wär dann Salicylsäure

In Beispiel 1 thematisiert der Arzt zunächst die Verschreibung selbst und nennt dabei den Namen des Medikamentes. Im Anschluß daran weist er den Patienten darauf hin, daß es sich bei diesem Medikament nicht um ein Präparat einer bestimmten Medikamentengruppe handelt (zum Sinn dieses Hinweises s.u.).

Der Arzt im zweiten Beispiel nennt einmal die Verabreichungsform (= Salbe) und zum weiteren den wesentlichen Inhaltsstoff des Medikaments.

Die Komponente 'Verschreibung/Medikament' beinhaltet also auch Angaben über die Medikamentenform (Tabletten, Salbe, Suspension etc.), Angaben über die Inhaltsstoffe, mithin alles, was zu den 'technischen' Zusammenhängen eines Medikamentes gehört.

Die interaktive Aufgabe, die für den Arzt mit dieser Komponente verbunden ist, ist die der Information. Der Sinn einer Information liegt zunächst in der bloßen Mitteilung von Sachverhalten, also in einem reinen Wissenstransfer, dessen Bedeutung dann der Gesprächspartner, in diesem Falle ja der Patient, nach seinen Vorkenntnissen und Bedürfnissen gestalten kann. Allerdings schwingen auch in 'bloßen' Informationen oft genug noch viele wichtige Nebenbedeutungen mit. So sagt die Bemerkung also des is kein Antibiotikum in Beispiel 1 neben der Information über die Medikamentengruppe auch etwas aus über die Einschätzung des Krankheitsbildes durch den Arzt (im Sinne von 'nicht so dramatisch'8) und entschärft gleichzeitig vorbeugend mögliche Bedenken des Patienten hinsichtlich schädlicher Nebenwirkungen einer in den Medien ja oft kritisierten Wirkstoffgruppe. Informationen dienen also auch der Sicherung der Akzeptabilität.9

Gegenanzeigen/Wechselwirkungen/Erfahrungen des Patienten

Die zweite thematische Komponente der Medikation behandelt Gegenanzeigen, Wechselwirkungen und Erfahrungen des Patienten mit Medikamenten. In dieser Komponente sind alle diejenigen Äußerungen zusammengefaßt, die sich mit der Klärung der genannten

⁷ Es werden folgende Transkriptionszeichen verwendet:

A = Arzt P = Patient

0 = Patient 0 = kurze Pause

00 = Pause (ca. 1 Sekunde)

(...) = Auslassung

⁸ Diesen Hinweis verdanke ich Sylvia Sumer-Schwarz (Ärztin), bei der ich mich für viele ausführliche Diskussionen bedanke.

⁹ Zu Fragen der Akzeptabilitätsprüfung vgl. Kallmeyer (1981).

Punkte befassen bzw. in denen Mitteilungen dazu erfolgen. Diese Komponente wird im ärztlichen Gespräch aber relativ selten angesprochen. Das medizinisch-fachliche Standardbeispiel kommt dabei auch gesprächsweise am häufigsten vor: der gefürchtete Penicillinschock.

Beispiel 3

A: Ich muß Sie nochmal fragen sind Sie gegen Penicillin irgendwie allergisch

Beispiel 4

A: daß Se nur eines von beiden nehmen (...) Sie sollten nicht das Lexotanil und die Schlaftabletten

Das Ansprechen dieser Komponente geschieht in aller Regel aus einer medizinischen Indikation heraus; bestimmte Medikamente sind eben latent problematischer als andere, ihre Verordnung muß daher abgesichert werden. Interessant ist, wie wenig die bisherigen Erfahrungen von Patienten mit bestimmten Medikamenten von Ärzten genutzt werden. Dieser Punkt wird, wenn überhaupt, meist vom Patienten angesprochen, obwohl auch darin Hinweise für den Sinn einer Verschreibung liegen können: ein Medikament, das dem Patienten schon vor Jahren nicht half, wird ihm voraussichtlich auch jetzt nichts nützen.

Spricht der Arzt diese zweite Komponente von sich aus an, so liegt seine interaktive Aufgabe einmal in der Exploration (Beispiel 3) und zum anderen in der warnenden Information (Beispiel 4). Der Rahmen der Exploration ist hier aber natürlich sehr viel enger gesteckt als bei der Beschwerdenexploration am Beginn eines ärztlichen Gesprächs: während dort die Beschwerden insgesamt noch eine offene Liste bilden, ist hier ja der Rahmen durch das Medikament (bzw. die Medikamentengruppe) vorgegeben.

Für den Arzt geht es einmal darum, Informationen zu gewinnen, die ihm seine Verordnung bzw. seinen Verordnungsvorschlag erleichtern oder falsche Entscheidungen verhindern, und zum anderen um die Weitergabe von Informationen für eine weitgehend komplikationslose Therapie.

Beschwerdenbezug/Wirkungsweise

Für das Verständnis einer Therapiemaßnahme ist es entscheidend, in ausreichender Weise den Bezug der Maßnahme zum Beschwerdebild bzw. zum medizinischen Befund herzustellen. Die Komponente Beschwerdenbezug/Wirkungsweise bezieht alle sprachlichen Maßnahmen des Arztes ein, in denen – ausführlich oder en passant – das Verhältnis der Medikation zu den Beschwerden bzw. zum diagnostizierten Krankheitsbild zum Ausdruck kommt.

Beispiel 5

A: Wir müssen Ihnen auf alle Fälle erstens mal Nasentropfen geben (...) und zwar deswegen da ist ein Kanal zwischen dem Mittelohr und der Nase und dieser Kanal ist in diesem Falle zugeschwollen und diese Nasentropfen haben den Sinn daß das wieder aufgeht (...)

In diesem Beispiel werden ausführlich Zusammenhänge erläutert¹⁰ und die Verordnung begründet, während das im nachfolgenden Gesprächsausschnitt lediglich nebenbei erfolgt:

Eine kurze Bemerkung zum hier verwendeten Vokabular: Begriffe, die weder durch eine Definition noch durch einen Literaturhinweis ausdrücklich systematischen Charakter erhalten, sind alltagsweltlich gebraucht. Natürlich gibt es in der Linguistk viel Literatur zum Thema 'Erläuterung'. Ich erhebe hier aber keinen Anspruch auf wissenschaftliche Definition.

Beispiel 6

A: und Magenschleimhautschutzmittel soll ich dir des aufschreiben

Die Ausführlichkeit einer Erläuterung sagt allerdings nicht immer, wie man vielleicht meinen möchte, etwas über deren Qualität aus; hat ein Arzt bereits vorher im Gespräch ausführlich über die Diagnose oder auch über andere Therapiemaßnahmen gesprochen, so erübrigt sich oft ein weiterer verbaler Beschwerdenbezug.

Auffällig und bedenklich ist allerdings die Neigung vieler Ärzte, Beschwerden und Befund zu trennen und bei der Behandlung ausdrücklich nur den Befund zu berücksichtigen:

Beispiel 7

A: Ich würde Ihnen aber jetzt 0 dennoch 00 wieder für n paar Tage n Antibiotikum geben wollen (...) denn der Urinbefund zeigt deutlich ne Entzündung

P: Deshalb wirds auch net besser mit de Schmerze

A: Könnt sei

(Die letzte Bemerkung des Arztes läßt offen, ob Entzündung und Schmerzen etwas miteinander zu tun haben; auf die eigentlichen Beschwerden des Patienten geht der Arzt also nicht ein.)

Woher auch immer diese Neigung rührt, diese Trennung ist ein grundlegendes Mißverstehen der Situation, des Anliegens der Patienten.

Es gibt sehr viele Wege, sprachlich den Bezug zwischen Beschwerden und der medikamentösen Verordnung herzustellen. Alle diese Wege sind Versuche, die Einsicht des Patienten zu fördern, die ja eine Grundvoraussetzung für seine Mitarbeit an der Therapie ist.¹¹

Die verbale Herstellung des Beschwerdenbezugs bzw. die Darstellung der Wirkungsweise verlangt vom Arzt Explikation. Eine Explikation dieser Art klärt Zusammenhänge zwischen verschiedenen Sachverhalten auf, in diesem Fall zwischen Beschwerden/Krankheitsbild auf der einen und Wirkstoffen/Wirkungsweisen auf der anderen Seite. Es ist ja nun einmal für den Patienten einfach nicht per se einsichtig, daß z. B. Acetylsalicylsäure (besser bekannt als Aspirin) u.a. zur Blutverdünnung wirksam ist.

Für den Arzt entsteht besonders bei dieser Komponente die zusätzliche Aufgabe, zwischen den beiden sprachlichen 'Welten', zwischen dem Alltagswissen des Laien und seinem eigenen medizinischen Wissen zu vermitteln.¹² Was im Einzelfall zur Sprache kommen wird, ist natürlich wieder abhängig von den drei Faktoren: Patienteneindruck, Krankheitsbild und Medikament, muß aber eben auch noch auf dem angemessenen sprachlichen Niveau formuliert werden. Hier wird wieder einmal deutlich sichtbar, welche Gesprächsaufgaben ein Arzt simultan bewältigen muß und auch bewältigt.

Für den Umgang mit dieser Komponente der Medikation empfiehlt es sich, an einzelnen Medikamenten einmal gedanklich alle Zusammenhänge durchzuspielen, um die Komplexität des Beschwerdenbezugs zu erfassen. Im Anschluß daran sollte man einmal versuchen, die Zusammenhänge auf verschiedenen sprachlichen Niveaus auszudrücken und zusätzlich das, was gesagt werden sollte, im Hinblick auf verschiedene Patienten und verschiedene Krankheitsbilder auszuwählen.

¹¹ Vgl. Linden (1982).

¹² Zu Problemen des Fachwortgebrauchs s. Spranz-Fogasy (1987).

Einnahmehinweise

Das am häufigsten angesprochene Thema bei der Verordnung sind die Einnahmehinweise. Man gewinnt den Eindruck, daß sich für die meisten Ärzte die Complianceprobleme¹³ im patientenseitigen Verständnis der Einnahmehinweise kristallisieren. Es ist sicher gerade in der besonderen Belastungssituation des ärztlichen Gesprächs für den Patienten auch wichtig, daß Einnahmehinweise angemessen vermittelt werden (z. B. durch eine zusätzliche schriftliche Information), aber die Ausschließlichkeit, mit der sich viele Ärzte auf diese Komponente beschränken, und die Eindringlichkeit, mit der sie zur richtigen Anwendung raten, spiegelt eher Ratlosigkeit wider als ein kompetentes Umgehen mit den Problemen der Verordnung.

Die Komponente 'Einnahmehinweise' umfaßt alle Angaben, die der therapeutischen Wirksamkeit der Verordnung im jeweiligen Einzelfall dienen sollen.

Beispiel 8

A: Sie nehmen des Spasmo-Urgenin 0 dreimal eine ein ich schreibs Ihnen nochmal auf 00 nach dem Essen (...) reichlich trinken

Beispiel 9

A: und abends eh Sie ins Bett gehen auch wieder möglichst wenn das Abendbrot schon 0 länger vorbei is nich 0 wird das besser resorbiert

Diese Angaben reichen von der Häufigkeit der Medikamentenanwendung über Zeitpunkte bzw. Situationsmerkmale der Einnahme (nach dem Essen) und zusätzliche Aufgaben (reichlich trinken) bis hin zu ergänzenden Erläuterungen der Wirksamkeit (wird das besser resorbiert).

Die Aufgabe des Arztes, die sich aus dieser thematischen Komponente der Medikation ableiten läßt, ist die Instruktion. Die Instruktion ist eine gezielte und mit Information bestückte Handlungsanweisung, um eine vom Arzt gewünschte und vom Patienten durchzuführende Verhaltens- und Handlungsweise zu erreichen. 14 Sie ist aber, und das muß besonders betont werden, lediglich eine technische Einweisung, deren Wert für die Aufforderung zur Mitarbeit auf eben diese technische Ebene beschränkt ist.

In der Praxis des Gesprächs liegt es dagegen offenbar nahe, solch technische Einweisung mit der Verordnung selbst gleichzusetzen. Berücksichtigt man bei der Analyse nur den thematischen Aspekt der Medikation, so kann sogar geradezu von einem Arzttyp 'Instruktor' gesprochen werden, der weit über die Hälfte der Ärzte umfaßt. Nicht, daß all diese Ärzte immer nur Instruktionen geben, aber ihr erstes Interesse liegt bei dieser technischen Einweisung, und Erläuterungen z. B. zum Beschwerdenbezug geben sie nur auf konkrete Nachfrage seitens der Patienten.

Um dieses Bild zu vervollständigen, sei die komplementäre Gruppe von Ärzten als 'Explikatoren' bezeichnet. Diese Ärzte legen bei der Verordnung einen Schwerpunkt auf die Erläuterung des Beschwerdenbezugs, und die Vermittlung von Einnahmehinweisen ist bei ihnen lediglich ein Appendix solcher Erläuterungen.

¹³ Unter 'Compliance' versteht man in der Medizin und der medizinischen Psychologie die Mitarbeit des Patienten bei der Behandlung seiner Krankheit. Eine ausführliche Diskussion dieser Problematik findet sich in Fischer/Lehrl (1982).

¹⁴ Zum Begriff der Instruktion im eingeschränkten Sinne der Instruktion zum psychotherapeutischen Gespräch vgl. Flader u. a. (1982).

Wirkungsprognose

Die letzte der fünf thematischen Komponenten ist die Wirkungsprognose. Mit diesem etwas künstlichen Ausdruck werden alle diejenigen Äußerungen benannt, die die erwartbaren oder möglichen Resultate der medikamentösen Therapie beschreiben. Dazu zählen Voraussagen über den Wirkungseintritt, Angaben über Verhaltensweisen bei unerwarteten Problemen der Therapie, aber auch Mitteilungen zu möglichen Nebenwirkungen eines Präparates.

Beispiel 10

A: In zwei Tagen gehts Ihnen wieder gut

Beispiel 11

A: Wir warten zu 00 wenn die Beschwerden net besser werden würden dann melden sich nochmal 0 aber warten Sie ruhich bis zum 0 Freitag

Beispiel 12

A: Davon wird der Stuhlgang schwarz 0 damit Sie nich denken daß Sie ne neue Krankheit haben nich das is also völlich normal

Zu dieser Komponente zählt außerdem auch der gesprächsweise Umgang mit den ja oft sehr problematischen Informationen auf Beipackzetteln – allerdings war in keinem einzigen der hier zugrundegelegten Gespräche ein Hinweis darauf vorhanden (!), obwohl die dort verordneten Medikamente z. T. mit beträchtlichen Nebenwirkungen beschrieben werden. Hier liegt m. E. ein Defizit der ärztlichen Gesprächsführung, aber auch der Gestaltung von Beipackzetteln vor, denn der Patient wird mit teilweise horrifizierenden Informationen allein gelassen, die er mit seinem Wissen in aller Regel gar nicht einzuschätzen weiß (mir liegen eindrucksvolle Gefühlsschilderungen von Patienten vor, die im Beipackzettel mit der Möglichkeit konfrontiert wurden, kahlköpfig oder impotent zu werden; die Möglichkeit besteht sicher, aber in welch geringem Ausmaß dies eintritt, wird nicht ausreichend deutlich).

Die ärztliche Aufgabe bei der verbalen Bewältigung dieser Komponente liegt einmal – in bezug auf erwartete Wirkungen und in bezug auf mögliche Nebenwirkungen – in der Information des Patienten und zum anderen – in bezug auf Verhaltensweisen – in der Instruktion des Patienten im Umgang mit diesen Informationen. (Zum besseren Verständnis der in diesem Falle deutlichen Verschiedenheit der beiden Aufgaben hier noch ein Hinweis auf den Charakter dieser Bezeichnungen. Alle genannten Aufgaben (vgl. die tabellarische Darstellung unten) betonen das Moment der verbalen Darstellung von Sachverhalten und nicht den Beziehungsaspekt einer sprachlichen Handlung; dieser Beziehungsaspekt muß natürlich im Gespräch selbst gleichzeitig immer mitbedacht werden, wurde hier aber um der Deutlichkeit willen und der großen Bedeutung allein schon der inhaltlichen Aspekte einer Äußerung wegen außer acht gelassen. 15)

Was besonders bei dieser letzten thematischen Komponente zu beachten ist, ist ihre relative Endstellung im Gespräch. Äußerungen dieses Inhalts sind dadurch latent in Gefahr, schon als Abschlußsignale verstanden zu werden und aus diesem Grund der Aufmerksamkeit zu entgehen. Es wäre wichtig, hier darauf zu achten, daß nicht gleich-

¹⁵ Die simultane Bearbeitung verschiedener Interaktionsebenen wurde untersucht in Nothdurft/ Schröder/Spranz-Fogasy (1982).

zeitig - z. B. durch Aufstehen oder Handausstrecken - Beendigungsaktivitäten durchgeführt werden. Möglicherweise empfiehlt sich deshalb sogar eine kurze Zusammenfassung des Gesprächs, bevor die eigentliche Verabschiedung eingeleitet wird.

Zur leichteren Verständlichkeit der nachfolgenden Diskussion um die Bedeutung der Reihenfolge und daraus resultierender Probleme werden die Komponenten und Aufgaben in einer Tabelle zusammengefaßt:

Thematische Komponenten und ärztliche Interaktionsaufgaben

Komponenten

Aufgaben

Verschreibung/Medikament

Information

Beispiel: ich schreib Ihnen jetzt nomal des Spasmo-Urgenin auf 0 also des is kein Antibiotikum

Gegenanzeigen/Wechselwirkungen/ Exploration/warnende Information

Erfahrungen des Patienten

Beispiel: sind Sie gegen Penicillin irgendwie allergisch

Explikation

Beschwerdenbezug/Wirkungsweise

Einnahmehinweise Beispiel: dreimal eine (...) nach dem Essen (...) reichlich trinken

Instruktion

Wirkungsprognose

Instruktion/Information

Beispiel: wir warten zu 00 wenn die Beschwerden net besser werden würden dann melden sich nochmal

Beispiel: diese Nasentropfen haben den Sinn daß das wieder aufgeht

Komponentenfolge und praktische Hinweise

Bei der Beschreibung der Komponente 'Wirkungsprognose' habe ich schon darauf aufmerksam gemacht, daß die relative Endstellung dieses Themas im Gespräch Probleme mit sich bringen kann. Die Stellung einer Komponente bzw. die Aufeinanderfolge insgesamt hat aber ebenso Bedeutung für den ganzen Komplex der Verordnung. So wäre es z. B. einfach sinnlos, vor der Verschreibung über Einnahmehinweise zu sprechen - dies nicht zu tun, ist selbstverständlich und wird auch dementsprechend beachtet. Das gleiche gilt aber nicht für andere Relevanzen der Reihenfolge.

Stellt beispielsweise ein Arzt - und das ist der mit Abstand häufigste Fall - die Komponente 'Verschreibung/Medikament' an den Anfang seiner Ausführungen zur Medikation und schreibt er darüber hinaus gleichzeitig schon ein Rezept aus, so verhindert er damit automatisch fast jede Diskussion um die Verordnung. Kaum ein Patient wird es wagen, die Verordnung noch zu problematisieren, kaum ein Arzt wird sich dann noch zu einer anderen Medikation entschließen, es sei denn, gewichtige medizinische Gründe (z. B. eine Unverträglichkeit) zwingen ihn dazu.

Eine Verordnung gleich mit der Verschreibung zu beginnen, erweist sich auch insofern als ungünstig, als Gegenanzeigen, Wechselwirkungen und Erfahrungen des Patienten erst im Anschluß daran und dann meist nur auf Intervention des Patienten geklärt werden könnten - was aus den gegebenen Gesprächszwängen heraus meist nicht mehr geschieht.

Um solche Zwangssituationen zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Komponente 'Beschwerdenbezug/Wirkungsweise' an den Anfang zu stellen. Dies ist auch schon allein deshalb sinnvoll und passend, weil unmittelbar voraufgehend ja sehr häufig die Diagnosemitteilung erfolgt. Eine Möglichkeit, Medikamente anzusprechen, besteht dann darin, erst einmal in allgemeinen Charakterisierungen zu reden (Mittel zum Schutz der Magenschleimhaut, Nasentropfen, entzündungshemmendes Medikament etc.).

Eine weitere Empfehlung gilt dem Umgang mit den hier vorgelegten Analysen. Die m. E. vollständige Liste thematischer Komponenten der Medikation bietet dem Arzt die Möglichkeit, sein eigenes Gesprächsverhalten einmal anhand dieser Liste zu überprüfen (z. B. mit den Fragen: Welche Komponenten spreche ich überhaupt an?, In welcher Reihenfolge?, Worauf lege ich das Schwergewicht?). Außerdem kann der Arzt mit dieser Liste Gespräche auch schon im voraus planen, und zwar vor allem im Hinblick auf bestimmte Krankheitsbilder und Medikamente, aber auch ggf. im Hinblick auf einzelne Patienten bzw. Patientengruppen.

Eine letzte Bemerkung allgemeinerer Natur gilt ebenfalls der Gesprächsplanung. In der Diskussion der Komponente 'Einnahmehinweise' wurden aufgrund einer feststellbaren Akzentuierung der Gesprächsthemen die beiden Verhaltenstypen 'Instruktor' und 'Explikator' unterschieden. Ohne hier ins Detail gehen zu müssen, kann generell gesagt werden, daß ein explikatives Verhalten (d. h. der Arzt erläutert von sich aus die Medikation) der Sache mehr dient als ein instruktives Verhalten, das dem Patienten zunächst keine Einsicht in die Medikation gewährt. 16

3. Probleme der Verordnung

Der Therapieplanung im ärztlichen Gespräch liegt ein Problem zugrunde, das insbesondere auch die Verordnung stark beeinflußt: die Therapie selbst wird in aller Regel außerhalb der Gesprächssituation und außerhalb der Praxisräume vom Patienten allein durchgeführt. Das bedeutet, daß der Arzt nur innerhalb der Gesprächssituation selbst die Möglichkeit hat, auf den Patienten einzuwirken. Alles Weitere entzieht sich weitgehend seinem Einfluß.

Diese Überlegung wird sogar durch das Plädoyer mancher Ärzte gestützt, uneinsichtigen Patienten (uneinsichtig z. B. aufgrund von Demenzerscheinungen etc.) Spritzen ggf.mit Gewalt zu injizieren. ¹⁷ Gespritzt wird eben in der Situation und offenbar im Bewußtsein dessen, daß eine wirksame Kontrolle außerhalb der Situation nicht möglich ist.

Im Gesprächstyp des ärztlichen Gesprächs sind die Möglichkeiten, mit diesem Problem umzugehen, jedoch grundsätzlich angelegt. Dies ergibt sich aus der Nähe zum Interaktionstyp 'Beratungsgespräch'. Wie im Beratungsgespräch, so ist auch hier das kommunikative Mittel, innerhalb des Gesprächs dafür zu sorgen, daß der Patient die medikamentöse Therapie außerhalb der Sprechstunde angemessen durchführt, der Vorschlag. Diese sprachliche Handlung führt in der Regel zu einer Vorschlagsdiskussion zwischen Arzt und Patient, im Anschluß daran meist zur Akzeptanz seitens des Patienten und dann erst zur Verschreibung.

Die Verschreibung ist unter interaktionslogischen Gesichtspunkten also ein Abschluß, der Arzt bestätigt damit, daß der Patient seinen Vorschlag akzeptiert hat.

Den meisten Ärzten gerät die Verschreibung aber zu einer Verordnung im Sinne einer Anordnung. Dafür gibt es eine ganze Reihe von Gründen. Der wichtigste Grund liegt darin, daß die Verschreibung im ärztlichen Gespräch den Charakter eines Schaltelementes

¹⁶ Vgl. Linden (1982).

¹⁷ Vgl. Zimmer (1987) sowie Raspe (1982).

¹⁸ Vgl. Kap. 1 (= Vorbemerkung).

hat: sie ist Abschluß der Therapieplanung, gleichzeitig aber auch Beginn der Therapie. Legt man den Schwerpunkt darauf, mit der Verschreibung eine Therapie zu initiieren, so liegt das Mißverständnis nahe, den Vorschlag einer medikamentösen Therapie auf die bloße Verschreibung zu verkürzen. Diese Handlungsweise wird dann noch unterstützt durch das Verfügungsrecht des Arztes über die meisten Medikamente und das besondere (teilweise eben nicht vermittelbare) Expertenwissen, dem die Medikation entspringt; unterstützt deshalb, weil beides zu einer unangemessenen Überschätzung der eigenen Position und Rolle führt.

Das Problem einer Anordnung liegt darin, daß sie eine Scheinbeziehung der Art Befehl-Befolgung zwischen Arzt und Patient herstellt. Zwar können auch Scheinbeziehungen funktionstüchtig sein, aber die hohe Rate der Non-Compliance¹⁹ bei der Therapie legt die Annahme einer solchen Wirksamkeit nicht gerade nahe. Der Patient ist außerhalb der Gesprächssituation autonom und besitzt somit alle Möglichkeiten, sich aus dieser Beziehung zu lösen.

Das vielfach geäußerte Argument, Patienten forderten vom Arzt eine Verschreibung und wären ohne ein Rezept nicht zufrieden, findet in der Logik des ärztlichen Gesprächs keine Stützung – und auch die Wirklichkeit der Compliance sieht anders aus. Faktisch hat dieses Argument nur eine doppelte Entlastungsfunktion für den Arzt: er entlastet sich zeitlich durch die Verkürzung auf eine Anordnung, und er entlastet sich gedanklich von der Verantwortung für eine eingehende Therapieplanung mit dem Patienten.

Welche Bedeutung hat nun gegenüber einer Verordnung/Anordnung das kommunikative Mittel des Vorschlags? Die Anordnung beläßt die Verantwortung für die Therapie maßnahme ausschließlich beim Arzt und suggeriert darüber hinaus noch eine (faktisch ja unmögliche) Verantwortung des Arztes für die Therapiedurchführung.

Demgegenüber ist ein Vorschlag von vornherein und grundsätzlich verhandlungsfähig, und zwar soweit, daß die Akzeptanz des Patienten auch bedeutet, daß er die Verantwortung für die Therapiemaßnahme mit dem Arzt teilt und die Verantwortung für die Therapiedurchführung sogar gänzlich übernimmt.

4. Typen der Verordnung

Die Verordnung im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten wird von den einzelnen Ärzten ganz unterschiedlich gehandhabt. Dies hängt vor allem von den bewußten und unbewußten Konzepten der Gesprächsführung ab, variiert aber auch schon bei ein und demselben Arzt in Abhängigkeit von dem Eindruck, den er von seinem Patienten hat, vom jeweiligen Krankheitsbild und nicht zuletzt von der Art des Medikaments, das er verschreiben möchte.

Das Hauptproblem bei der Verordnung besteht für den Arzt darin, wie er den Patienten dazu bringt, eine medikamentöse Therapie, die er für medizinisch richtig hält, zu akzeptieren und in seinem Sinne konsequent durchzuführen. Unter psychologischen Gesichtspunkten ist dabei insbesondere wichtig, in welcher Weise Arzt und Patient die Frage der Verantwortung für die Therapiemaßnahme und die Therapiedurchführung behandeln.²⁰

¹⁹ Die Non-Compliance liegt bei bis zu 85 %. Vgl. dazu Hasenbring/Ahrens (1986).

²⁰ Vgl. Rellecke (1985).

Hier aber interessieren mehr die Verpflichtungen für Arzt und Patient, die sich aus unterschiedlichen sprachlichen Handlungsweisen ergeben, sowie der Grad an Einsicht in das therapeutische Geschehen, die der Arzt durch seine Ausführungen zur Medikation beim Patienten erreicht.

Bei dem Versuch, unterschiedliche Typen der Verordnung zu beschreiben, reicht es nicht mehr aus, einzelne sprachliche Formulierungen zu analysieren, es ist vielmehr notwendig, komplexe Handlungsweisen von Ärzten und ihre Folgen darzustellen; Beispiele haben deshalb eher nur Illustrationscharakter, als daß sie eindeutig zur Definition eines Typs beitragen. Um dies zu verdeutlichen, sei hier einmal eine – durchaus geläufige – Formulierung auf unterschiedliche Weise interpretiert:

Beispiel

A: Ich schreib Ihnen jetzt mal ein Antibiotikum auf

Eine erste Interpretation wird diese Formulierung als ausgesprochen direktive sprachliche Handlung charakterisieren, insbesondere dann, wenn sich diese Äußerung unmittelbar im Anschluß an die Diagnosemitteilung findet, weitere Erläuterungen nicht vorhanden sind und der Patient mit dem Rezept nach Hause geschickt wird.

Ein völlig anderes Bild ergibt sich, wenn dieselbe Äußerung am Schluß einer längeren Diskussion zwischen Arzt und Patient fällt, in der sich der Patient von der Richtigkeit dieser Medikation im Rahmen eines umfassenden Therapieplans hat überzeugen lassen, und er diese Therapie deshalb dann ausdrücklich wünscht. Es handelt sich dann um die Bestätigung eines im Gespräch erzielten Ergebnisses.

Ein und dieselbe Formulierung kann also dem Arzt in ganz unterschiedlicher Weise dazu dienen, dem Patienten ein Medikament zu verordnen. Neben der Formulierung können auch die Position einer Äußerung im Ablauf des Gesprächs und die Einbettung in erläuternde bzw. instruierende Handlungen oder in die gesamte Therapieplanung eine entscheidende Rolle spielen.

Im folgenden werden sechs verschiedene Typen der Verordnung beschrieben und anhand von Gesprächsausschnitten illustriert. Diese Typen bilden ein – soweit erkennbar: vollständiges – Spektrum von Verhaltensweisen, deren Pole die direktive, befehlsartige Anordnung auf der einen Seite und die Gewährung der vom Patienten gewünschten Medikation auf der anderen Seite sind. Durch die Beschreibung werden unterschiedliche Zugangsweisen zu einem Interaktionsproblem sichtbar und stehen damit dem Arzt für seine Gesprächsführung zur Verfügung; doch handelt es sich, wie schon gesagt, nicht um einzelne sprachliche Formulierungen, sondern um ganze Handlungskomplexe, die auf diese Weise erarbeitet werden können.

Anordnung

Die bloße, unkommentierte Anordnung ist relativ selten und kommt lediglich bei Gesprächen über leichtere Erkrankungen vor oder in Gesprächen, in denen die Medikation gegenüber anderen Maßnahmen eine untergeordnete Rolle spielt. Sie erfolgt meist unmittelbar im Anschluß an die Diagnose oder en passant erst am Ende des Gesprächs und zeichnet sich durch einen hohen Grad an Direktivität, an Verhaltensmaßregelung aus. Zur Erläuterung erfolgen bestenfalls Instruktionen bezüglich der Einnahmehinweise. Der

Arzt handelt mit dieser Art der Verordnung immer über alle möglichen (meist unausgesprochenen) Interessen des Patienten hinweg ausschließlich krankheitsbezogen und gibt dem Patienten quasi einen Therapieauftrag.

Beispiel 14

A: Jetzt nehmen Sie zu jeder Mahlzeit so einen Solugastrilbeutel (...) und abends ein Belladonnazäpfchen 0 nur am Abend

Dem Patienten bleibt in aller Regel nichts weiter übrig, als die Anordnung zu bestätigen. Seine Rückmeldesignale (meist erfolgen sie durch *ja* oder auch nur durch *mhm*) sagen allerdings nichts darüber aus, ob er der Anordnung auch nachkommen wird – sie sind im Gespräch lediglich Bestätigung dafür, daß er die Anordnung gehört bzw. verstanden hat.

Mit einer Anordnung stellt der Arzt eine über das angemessene Verhältnis zwischen Experten und Laien hinausgehende Beziehung der Art Befehlsgeber-Befehlsempfänger her, die aber aus verschiedenen Gründen nicht genügend wirksam werden kann. Der wichtigste ist, daß ja gar nicht die institutionellen und kommunikativen Rahmenbedingungen vorhanden sind, die eine solche Beziehung nur möglich machen (wie z. B. Hierarchie, Sanktionsmöglichkeit etc.). So bleibt es bei einer Scheinbeziehung, die der Patient einseitig und ohne Wissen und Einverständnis des Arztes auflösen kann. (Unter kommunikativen Gesichtspunkten dreht der Arzt dabei sogar die vorhandene Beziehung um: er selbst ist ja eigentlich der Auftragnehmer, der vom Patienten zu Beginn des Gesprächs einen Behandlungsauftrag erhalten und bestätigt hat.²¹)

Der Patient bleibt passiv, und zwar sowohl in seinem sprachlichen Verhalten als auch in der ihm vom Arzt zugeschriebenen Rolle. Die Verpflichtung zur Therapiedurchführung geht bei der Anordnung immer einseitig vom Arzt aus und wird vom Patienten nicht bestätigt, geschweige denn erkennbar übernommen.

Der Arzt verhindert durch sein direktives Verhalten, daß der Patient Einsicht in das Therapiegeschehen erhält, der Patient wird mit seiner Unwissenheit und Ungewißheit allein gelassen. Nur sehr wenige Patienten wagen es in einer solchen Situation dann tatsächlich noch, den Arzt wenigstens um eine Erläuterung zu bitten.

Erläuterte Anordnung

Die mit Abstand häufigste Variante der Verordnung ist die erläuterte Anordnung. Es ist gängige Routine, daß der Arzt unter ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten ein Medikament verordnet, dessen Wirkungsweise und Beschwerdenbezug er dem Patienten dann noch von sich aus – meist aber recht kurz – erläutert. Die erläuterte Anordnung wird aber letztlich ebenso direktiv vorgetragen wie die bloße Anordnung und stellt deshalb auch in ähnlich ungenügender Weise Verpflichtungen und Beziehungen her. Der Arzt ist wiederum ausschließlich am Krankheitsbild orientiert und fragt nicht nach Interessen und Möglichkeiten des Patienten.

²¹ Von einem 'Behandlungsauftrag' sprechen vor allem Ärzte und Therapeuten, die nach den Konzepten von Balint bzw. Rogers arbeiten.

Beispiel 15

A: Wir müssen Ihnen auf alle Fälle erstens mal Nasentropfen geben die tun Sie in die Nase ja 0 und zwar deswegen da ist ein Kanal zwischen dem Mittelohr und der Nase und dieser Kanal ist in diesem Falle zugeschwollen und diese Nasentropfen haben den Sinn daß das wieder aufgeht (...) und dann brauchen Sie doch ein Antibiotikum (...) das Antibiotikum brauchen Sie eigentlich nur daß sich keine andere Entzündung daraufsetzt

Der zentrale Unterschied zur einfachen Anordnung liegt darin, daß der Arzt mit seinem Verhalten dem Patienten Einsichten in das Krankheits- und das Therapiegeschehen vermittelt. Die Erläuterung wirkt dann neben dem Therapieauftrag noch als zusätzlicher Appell an den Patienten, die Durchführung weisungsgerecht zu besorgen.

Bei diesem Verfahren muß der Patient auch wieder zwangsläufig passiv bleiben; allenfalls wird er noch einige Nachfragen zur näheren Erläuterung wagen. Wiederum verlangt diese Art der Gesprächsführung von ihm keine ihn verpflichtende Akzeptanz der ärztlichen Anordnung, sondern lediglich eine Bestätigung dafür, daß er sie verstanden hat. Wie der Patient außerhalb der Sprechstunde mit der Anordnung umgeht, ist eine andere Sache, für die der Arzt nur die trügerische Sicherheit einer Scheinbeziehung mit Befehlscharakter hat.

Alternativangebot

Der dritte Typus der Verordnung ist das Alternativangebot. Dabei stellt der Arzt verschiedene medikamentöse Therapiekonzepte oder mehrere Medikamente zur Auswahl vor.

Beispiel 16

A: Ich kann Ihnen Paspertin-Tropfen zum Beispiel geben (...) Sie könnten an sich auch Aspirin nehmen (...) und sonst Vomex könnt ich Ihnen auch geben

Dieser Typus hat zwei Varianten: Wählt der Arzt am Ende selbst die Therapie aus, so besteht kein wesentlicher Unterschied zum Typus der Anordnung; lediglich der Umstand, daß dem Patienten überhaupt sichtbar wird, daß es Alternativen für die Behandlung seiner Beschwerden gibt, erweitert sein Gesichtsfeld. Ganz anders ist es dann schon, wenn der Arzt dem Patienten die Auswahl anheimstellt.

Und es geschieht noch ein Weiteres: Mit seiner Entscheidung wird der Patient in bezug auf die Therapie initiativ. Er akzeptiert das Angebot des Arztes, aus einer Menge von Medikamenten auszuwählen, und beauftragt dann den Arzt, das Angebot wahrzumachen, zu realisieren. Beide Momente, die selbständig getroffene Auswahlentscheidung und der Auftrag an den Arzt, führen zu einer stark bindenden Selbstverpflichtung des Patienten, die den Arzt (mindestens psychologisch) von der Verantwortung für die Therapiedurchführung entbindet, die er ohnedies nur zum Schein wahrnehmen zu können glaubt. Für den Patienten ist diese Selbstverpflichtung jedenfalls stärker bindend als bei einer einseitigen Anordnung des Arztes. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß der Patient die Therapie auch tatsächlich durchführt, aber es steigen die Wahrscheinlichkeiten dafür, und beide Partner definieren das Verhältnis des Gesprächs zu seinen Folgen (also der Therapiedurchführung) realistischer.

Ohne Erläuterung kann dieses Verfahren aber nur beschränkt angewandt werden, da nur sehr wenige Patienten ohne weitere Information in der Lage sind, die medizinische

Sachlage zu überblicken. Die Einsichtsfähigkeit wird auch im angeführten Gesprächsausschnitt übersehen, die bloße Angabe von Medikamentenbezeichnungen ist für Patienten eher verwirrend.

Kommentiertes Alternativangebot

Manche Ärzte nutzen die Möglichkeit, durch ein kommentiertes Alternativangebot dem Patienten die eigenen Gedankengänge sichtbar zu machen.²² Diese Teilhabe des Patienten läßt ihn Entscheidungsprozesse mitvollziehen und macht sie ihm dadurch weitgehend verständlich (natürlich nur, falls der Arzt nicht gerade im Fachjargon formuliert).

Wiederum bestehen zwei Möglichkeiten: daß der Arzt schließlich die Entscheidung trifft oder daß er sie dem Patienten überläßt. Bei der ersten Variante hat die Erläuterung des alternativen Angebots wie schon bei dem Verordnungstyp der erläuterten Anordnung vor allem zusätzlichen Appellcharakter im Hinblick auf die Therapiedurchführung. Beides zusammen, das alternative Angebot und der Kommentar, können beim Patienten zwar den Eindruck erzeugen, optimal und individuell therapiert zu werden, verpflichten ihn aber nicht dazu, im Gespräch mehr als nur Bestätigungssignale abzugeben.

Dies ist nur dann der Fall, wenn der Patient selbst eine Auswahl treffen soll. Dem Arzt steht es dabei offen, die Entscheidung des Patienten stark zu beeinflussen. So kann er die eine oder andere Therapievariante durch negative Bemerkungen diskreditieren und schließlich nur die von ihm eigentlich gewünschte Form als günstigste anpreisen. Suggestive Mittel gibt es dafür zuhauf. Die Auswirkungen solcher suggestiver Verfahren auf die (Selbst-)Verpflichtung des Patienten sind aber leicht vorstellbar.

Überläßt der Arzt dem Patienten die Entscheidung, so hat er im Fall des kommentierten Alternativangebotes viel für die Vertrauensbildung und die Selbstverpflichtung des Patienten zu einer angemessenen Therapiedurchführung getan. Er hat Entscheidungsprozesse und meistens auch deren Probleme sichtbar gemacht, er hat die Einsicht des Patienten in das Therapiegeschehen erweitert, ihm ein Angebot gemacht und die Auswahl anvertraut, und er hat ihn dadurch zu einer Gesprächsinitiative veranlaßt, daß er ihn einen Auftrag zur Realisierung des Angebots geben ließ. All diese Komponenten begünstigen natürlich die Mitarbeit des Patienten bei der Behandlung seiner Beschwerden.

Zum Schluß ist noch eine grundsätzliche Bemerkung zu den Möglichkeiten eines alternativen Therapieangebots an den Patienten erforderlich. Im Laufe ihres Berufslebens entwickeln Ärzte in aller Regel für ein Krankheitsbild und/oder für einen Patiententyp eine ganz bestimmte (u. a. medikamentöse) Therapie. Allerdings ist jedem klar, daß es für fast alle Krankheitsfälle mehrere Therapiemöglichkeiten gibt. Ein Alternativangebot kann also eigentlich immer genutzt werden, um vom Patienten mehr als nur Verstehenssignale zu ernten und ihn statt dessen durch seine eigene Entscheidung selbstzuverpflichten. Natürlich ist dieses Verfahren im einzelnen Gespräch zeitintensiver als eine Anordnung, und außerdem erfordert es eine aufwendige gedankliche Vorbereitung. Doch dieser Mehraufwand wird aufgewogen durch die Entlastung von der Verantwortung für die Therapiedurchführung, die zwar nur fiktiv sein kann, aber dadurch oft sogar stärker belastet. Die Chancen jedenfalls, daß der Patient die Therapie auch annimmt, steigen mit zunehmender Selbstverpflichtung.

Manche Ärzte kommentieren in der Art des lauten Denkens. Dies und die psychologischen Folgen sind eindrucksvoll dargestellt in Rellecke (1985).

Offenes Angebot

Das offene Angebot kommt im ärztlichen Gespräch (noch) recht selten vor, obwohl es doch der kommunikativen Logik dieses Interaktionstyps am nächsten ist. Diese Logik besagt, daß der Arzt dem Patienten einen Vorschlag zur Therapie unterbreitet und Arzt und Patient den Vorschlag gemeinsam besprechen, bis der Patient ggf. akzeptiert. Der Vorschlag einer medikamentösen Therapie ist dabei fast immer mit dem Angebot verbunden, dem Patienten ein Rezept auszuschreiben. Beim offenen Angebot handelt es sich um einen solchen Vorschlag, der vom Arzt so formuliert wird, daß er tatsächlich abgelehnt werden kann (trotz der Dominanz des Arztes und des meist vorhandenen Leidensdrucks auf seiten des Patienten).

Beispiel 16

A: und Magenschleimhautschutzmittel soll ich dir des aufschreiben

Es ist natürlich nicht allein die Formulierung, die ein solches Angebot offen, d.h. hier vor allem: ablehnbar macht. Damit ein solches Verordnungsverhalten auch wirklich erfolgreich ist, muß der Arzt dem Patienten schon ausreichend Einblick in das Beschwerdebild gegeben haben. Am günstigsten ist es, wenn der Medikamentenvorschlag in eine umfassendere Therapieplanung eingebaut ist und lediglich ein Baustein im gesamten Therapiekonzept ist²³:

Beispiel 17 (Kontext)

- A: Also ich glaub schon daß das ne ganz schöne 00 Magenschleimhautentzündung ist (...) solltest dich ausklinken aus Streβ
- P: Ja ich mach bis Freitag Urlaub
- A: Bis dahin schreib ich dich krank gell (,..) und das ist erstmal die Grundlage daß du jetzt keinen Streß hast und Ruh hast und (...) daß du magenschädigende Sachen weglassen kannst (...) Rauchen Kaffee Alkohol sind die drei magenschädigenden Sachen sonst 0 würd ich nur nach Appetit essen 0 und Magenschleimhautschutzmittel soll ich dir des aufschreiben

Das offene Angebot macht es dem Arzt möglich, das aus seiner Sicht optimale Therapiekonzept einzubringen, ohne zunächst in eine Diskussion um Alternativen einsteigen zu müssen. Die gegebene Chance, einen Therapievorschlag ablehnen zu können, erlaubt dies, ohne den Patienten in eine Zwangslage zu bringen. Lehnt der Patient das Angebot des Arztes ab, so hat der Arzt die Möglichkeit, weitere medikamentöse Vorschläge einzubringen oder aber nach den Gründen der Ablehnung zu forschen (was ihm vielleicht sogar tiefere Einsichten in die Beschwerden des Patienten erlaubt).²⁴

Aus psychologischer Perspektive wirkt ein offenes Angebot vor allem deshalb überzeugend, weil in ihr fast automatisch die Person des Arztes mit ihren Überlegungen auch zu Unwägbarkeiten einer Therapie zum Vorschein kommt. Dem Patienten wird die Verantwortlichkeit für seine Entscheidung im Gespräch belassen und eine Beziehung vertrauensvoller, persönlichkeitsnaher Beratung geschaffen.

Die Zustimmung des Patienten zu einer schließlich ausgehandelten Therapie ist, wie schon beim Alternativangebot, nicht nur Abschluß eines Verfahrens der Therapieaushandlung,

²³ Ausführliche Überlegungen dazu finden sich in Ripke (1987); Ripke bezeichnet die Variante des offenen Angebots als "ablehnbares Angebot".

²⁴ Zur Bedeutung der Weigerung eines Patienten s. Ripke (1987).

sondern zugleich eine den Patienten stark selbstverpflichtende Aufforderung an den Arzt, sein Angebot wahrzumachen. Die Zwangslage für den Patienten ist dabei weit geringer einzuschätzen, da seine Entscheidung frei über die gesamte Therapie verfügt und nicht nur über ein Spektrum alternativer Maßnahmen.

Pauschalangebot/Gewährung

Als letzte Variante der Verordnung soll hier das Pauschalangebot bzw. die Gewährung eines vom Patienten gewünschten Medikamentes behandelt werden. Unter Pauschalangebot verstehe ich die uneingeschränkte Offerte des Arztes an den Patienten, die (u. a. medikamentöse) Therapie eigenständig zu entwickeln. Es ist klar, daß diese Art der Verordnung nicht in allen Fällen anwendbar ist, sei es, weil ein Patient gar nicht das erforderliche Wissen besitzt, ein Pauschalangebot wahrnehmen zu können, oder sei es, weil natürlich nicht jeder Patient konkrete Medikamentenwünsche entwickelt hat oder entwickeln kann. Diese Variante setzt also einen Einblick in ein mögliches Therapiegeschehen seitens des Patienten notwendigerweise voraus. Nichtsdestoweniger ist vor allem die Gewährung in ärztlichen Gesprächen sehr häufig.²⁵

Beispiel 18

A: Frage is was wir machen 0 wozu haben Sie mehr Zeit

P: Äh 0 ja einmal möcht ich zu Hause ich glaub das hilft mir 0 meine Wannenbäder weitermachen

A: Das können wir machen ja

Beispiel 19

P: Nun wollt ich mal fragen ich kann ja kaum noch richtig schlafen 0 da hatten Sie mir vor einiger Zeit mal ein Schlafmittel 0 verschrieben (...) Valium (...) wenn Sie mir da auch nochmal neu wieder

Geht der Patient auf das Pauschalangebot bzw. der Arzt auf die Wünsche seines Patienten ein, so ist klar, daß der Patient sich durch seine Initiative vollständig selbst zur Therapiedurchführung verpflichtet. Der Arzt überprüft lediglich die gewünschte Maßnahme auf ihre medizinisch-sachliche Richtigkeit und übernimmt damit die fachliche Verantwortung für sie – mehr aber nicht; selbst die Verantwortung für die Therapiemaßnahme liegt somit weitgehend beim Patienten. Das bedeutet natürlich nicht in jedem Fall, daß die Therapie auch tatsächlich angemessen durchgeführt wird, aber hier gilt wiederum: Verantwortung und Initiative im Gespräch, und damit auch die Verantwortung für die Therapiedurchführung, liegen für alle Beteiligten erkennbar beim Patienten, und der Arzt ist davon entbunden.

5. Zusammenfassung

Die Analyse des ärztlichen Verordnungsverhaltens ergab sechs unterschiedliche Typen der Verordnung. Diese Typen konnten auf der Grundlage mehrerer Kriterien entwickelt werden. Erstes Kriterium war das sprachliche Verhalten des Arztes, und zwar einmal im Hinblick auf die Art der Aufforderung an den Patienten, eine Medikation anzunehmen, und zum anderen in Hinsicht auf sein explikatives Handeln im Zusammenhang der

²⁵ Manchmal scheint die Gewährung allerdings auch fragwürdig, wenn Gegenanzeigen und Wechselwirkungen nicht bedacht werden; dies war in einigen der mir vorliegenden Gespräche der Fall.

Verordnung. Weitere Kriterien waren die Möglichkeiten des Patienten, auf die Verordnungshandlung des Arztes zu reagieren, sowie seine Möglichkeiten, in bezug auf die Medikation selbst initiativ zu werden. Der Grad der daraus resultierenden Verpflichtung bzw. Selbstverpflichtung zur Therapiedurchführung schließlich wurde als gesprächsimmanentes Kriterium der Compliance postuliert. Zusammenfassend seien die Verordnungstypen in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Verordnungstypen

Typen Handlungslage des Patienten

Anordnung Zwangslage Reaktion

Erläuterte Anordnung Zwangslage mit Appell an Einsicht

Reaktion

Alternativangebot Entscheidungszwang

Initiative

Kommentiertes Alternativangebot Entscheidungszwang mit Appell an Einsicht

Initiative

Offenes Angebot freie Entscheidung mit erkennbarer Einsicht

Initiative

Pauschalangebot/Gewährung freie, eigenständige Wahl

Initiative

Die bisherigen Analysen beziehen sich aber nur auf den Teil der Therapieplanung, der sich mit Medikamenten befaßt. Dieser Teil hat gegenüber anderen Elementen einer Therapie die Besonderheit, daß nicht nur das Expertenwissen des Arztes, sondern darüber hinaus auch das juristisch geregelte Verfügungsrecht über die Therapiemittel eine Rolle spielt (ähnliches gilt dann für nichtmedikamentöse, aber verschreibungspflichtige Therapiemittel, wie krankengymnastische Behandlung, Bäder etc.). Andere Therapeutika, wie z.B. Vorschläge zur Änderung der Lebensführung, benötigen aber einen anderen kommunikativen Umgang.

Strukturell dürften jedoch auch bei allen anderen Bestandteilen der Therapieplanung die drei hier herausgearbeiteten wesentlichen Momente eine Rolle spielen.

- Die Ausübung eines Zwangs auf den Patienten erzielt nicht notwendigerweise Wirkung, weil der Patient sich vor allem außerhalb der Gesprächssituation jederzeit aus diesem Zwangsverhältnis lösen kann;
- der Appell an die Einsicht des Patienten ist ein erster Schritt zur Mitarbeit des Patienten,
- und die Möglichkeit schließlich, den Patienten durch dessen eigene Initiativen selbstzuverpflichten, garantieren ein optimales Maß an Compliance, soweit sie im Gespräch überhaupt erreichbar ist.

Die Verantwortung für die Therapiemaßnahme und die Therapiedurchführung sind bei Berücksichtigung dieser Momente dann den diesem Gesprächstyp eigenen Möglichkeiten entsprechend an Arzt und Patient verteilt.

Eine letzte Bemerkung gilt der Therapiekontrolle. Ich unterscheide hier zwei Formen, die medizinische Kontrolle, die überprüft, ob die Therapie anschlägt oder nicht, und die soziale Kontrolle, bei der in Frage steht, ob der Patient seine Medikamente in der

gewünschten Weise einnimmt. Faktisch kann ein Arzt nur für die medizinische Kontrolle verantwortlich sein, die soziale Kontrolle ist sinnvollerweise nur im Zusammenhang einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu sehen. Die Freiheit des Patienten, auch solche Entscheidungen zu treffen, die in den Augen des Arztes unvernünftig erscheinen müssen, ist im Gespräch angelegt, und es ist sinnvoller, dies zu respektieren und damit umgehen zu lernen als sie zu überspielen.

Literatur

Fischer, B./Lehrl, S. (Hg.) (1982): Patienten-Compliance. Mannheim.

Flader, D./Grodzicki, W./Schröter, K. (1982): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt (M.).

Hasenbring, M./Ahrens, St. (1986): Zur Arzt-Patienten-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. In: Psychother. med. Psychol. 36, S. 274–283.

Kallmeyer, Werner (1981): Zur Handlungsstrukturanalyse von Beratungen (Mskr.). Mannheim. Linden, M. (1982): Compliance-adaptierte Information. In: Fischer/Lehrl (1982) S. 93-97.

Nothdurft, Werner (1984): "...äh folgendes problem äh..." Die interaktive Ausarbeitung "des Problems" in Beratungsgesprächen. Tübingen.

-/Schröder, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (1984): 'Verdichtung' - Das situative Zustandekommen von Schlichtung und Ansätze zur methodischen Erfassung (Mskr.). Mannheim.

-/Spranz-Fogasy, Thomas (1984): Gesprächsanalyse von Schlichtungs-Interaktion. Methodische Probleme und ihre Hintergründe (Mskr.; erscheint). Mannheim.

Raspe, H.-H. (1982): Compliance und Befindlichkeit. In: Fischer/Lehrl (1982) S. 118-124.

Rellecke, Eva (1985): Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. In: Löning, P./Sager, S. F. (Hg.): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop. Hamburg. S. 39–83.

Ripke, Thomas (1987): Der therapeutische Bereich in der medizinischen Allgemeinpraxis – an der Person des Patienten orientiert (Mskr.). Heidelberg.

Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Der Fachwortgebrauch im ärztlichen Gespräch (Mskr.). Heidelberg.

- (1988): Kommunikationsforschung für die Praxis – Bemerkungen zum Arzt-Patienten-Gespräch aus sprachwissenschaftlicher Sicht. In: Schüffel, Wolfram (Hg.): Sich gesund fühlen im Jahr 2000. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit; die Technologie und das Team. Festschrift für Thure von Uexküll. Heidelberg. S. 104-109.

Zimmer (1987): Pharmakotherapie der Demenz. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 129, Nr. 42, S. 69/753.

Dr. Thomas Spranz-Fogasy
Universität Mannheim; L 13, 15–17; D-6800 Mannheim