

# Was brauchen Patienten, um sich im Gesundheitswesen souverän verhalten zu können?

Bericht über ein Forschungspraktikum am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Göttingen

FRANZISKA LÖWENSTEIN

Die Autorin verzichtet im Weiteren auf eine Differenzierung nach weiblicher und männlicher Form von Begriffen wie Patient, Nutzer, Arzt, Professioneller, gemeint sind jedoch immer Frauen und Männer, sofern nicht explizit auf Besonderheiten hingewiesen wird.

Im Mai 2012 besuchte ich in Göttingen das 1. Symposium des Dachverbandes für Salutogenese, das unter dem Leitgedanken ›Chronisch krank und doch gesund‹ stand (Petzold TD, Bahrs O 2013). Das Symposium hatte mich angesprochen, weil mich die Auseinandersetzung mit dem Thema persönlich wie beruflich als Heilpraktikerin, schwedische Masseurin und Praktikerin der Sozialen Arbeit interessierte. Ich freute mich auf eine spannende Veranstaltung. Dass sich hieraus die Möglichkeit zu einem viermonatigen Forschungspraktikum ergeben würde, ahnte ich jedoch nicht. Von diesem Praktikum sowie der Studie zur Patientensouveränität, an der ich in diesem Rahmen teilnehmen konnte, soll der nachfolgende Bericht handeln.

Wieso kam es überhaupt zu diesem Forschungspraktikum? Im Umfang von 600 Unterrichtsstunden in einer anerkannten Forschungseinrichtung zu hospitieren, ist Teil des forschungsorientierten Masterstudiengangs Soziale Arbeit und Lebenslauf, welchen ich zurzeit in Kassel absolviere. Meine Schwerpunkte liegen dabei auf Biographischen Rekonstruktionen und Fallana-

lysen mittels narrativer biographischer Interviews nach Prof. Dr. Wolfram Fischer und der Arbeit mit Videointeraktionsanalysen. Das Praktikum in einem Institut durchzuführen, in dem Menschen arbeiten, die sich mit Salutogenese und Interaktionsanalysen auseinandersetzen, schien mir eine gute Idee zu sein. Ich erhoffte mir Erkenntnisse über die Zusammenhänge von medizinischen und sozialen Fragen zu erlangen. Von den dort laufenden Studien zur Patientensouveränität und zu Arzt-Patienten-Gesprächen fühlte ich mich angesprochen – als in das hiesige Sozial- und Gesundheitssystem eingebundene Person und als Patientin, die von professionellen Helfern als souveränes Individuum wahrgenommen werden möchte. Es ist mir wichtig, Zusammenhänge zwischen Souveränität, Gesundheit und sozialer Lage zu verstehen, und ich vermute, dass Aspekte von Wohlbefinden, Selbstkompetenz und Beziehungskompetenz Teil der Grundlage eines selbstbestimmten Lebens sind. So hatte ich die Erwartung, meine Lust am Entdecken und Beachten salutogener Aspekte und meine Erfahrungen aus den verschiedenen medizinischen Versorgungssituationen ins Praktikum einbringen zu können, sowie an Entstehung und Erhaltung von Gesundheit zu arbeiten. Die Studie zum Bilanzierungsdialog (Bahrs 2011, Abholz et al 2012) in der hausärztlichen Versorgung interessierte mich, weil ich in meinem beruflichen Alltag auch Patientengespräche führe und wissen möchte, durch welche Mechanismen sich die Gesprächsgestaltung auf die Inter-

aktionsverläufe und auf das Behandlungsergebnis auswirkt. Gibt es Ähnlichkeiten zwischen den Gesprächen im medizinischen Bereich und solchen im Rahmen der Sozialen Arbeit? Konnte ich Erkenntnisse über die Gesprächssituation, -konstellation und -führung möglicherweise in eigenen Beratungsgesprächen nutzen und umsetzen?

## Die Einrichtung

Das Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Göttingen befindet sich etwas außerhalb des Klinikgeländes in Gebäuden, die in früherer Zeit als Schwesternheim gedient haben. Von den insgesamt gut 20 Mitarbeitern ist ein Drittel im Bereich der Medizinischen Soziologie tätig, den ich näher kennenlernen konnte. Der Arbeitsschwerpunkt bezieht sich auf Forschung, Lehre und psychosoziale Beratung bei Fragen des Umgangs mit langanhaltenden Problemlagen. Während meiner Praktikumszeit wurden die Beiträge des oben genannten Symposiums aufbereitet, so dass ich mich noch einmal intensiv mit dem dort Vorgetragenen auseinandersetzen konnte. Auch hatte ich Gelegenheit, an einigen Lehrveranstaltungen sowie am Doktorandenkolloquium teilzunehmen. Dabei konnte ich meine eigenen Erfahrungen einbringen und eine der Doktorandinnen bei ihrer aktuellen Studie (Gesundheitsförderung an Schulen – Umsetzung und Erfolge des Projektes »Krisenraum«) unterstützen. Ich konnte Anregungen zur Erarbeitung von Exposé, Beobachtungs- und Interviewleitfaden sowie zur Interviewführung selbst geben – ein anregender und herausfordernder Aspekt des Praktikums.

In meinem viermonatigen Praktikum konnte ich mich zunehmend mit der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie Chancen und Schwierigkeiten ihrer empirischen Erforschung vertraut machen. So war z.B. in Türangel-Gesprächen deutlich spürbar, dass die hohe zeitliche Belastung der Ärzte nicht nur den Gesprächsraum selbst begrenzt, sondern auch ihre Bereitschaft, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen. Dass damit auch Forschungsprozesse gefährdet werden, war mir so nicht bewusst gewesen. Umso erstaunter nahm ich in den Auswertungssitzungen am Beispiel videodokumentierter Gespräche wahr, dass und wie gelingende Kommunikation dennoch möglich sein kann und sich die Dokumentation solcher »positiv abweichender Fälle« lohnt. Für meine Tätigkeit im Rahmen des Praktikums waren die Erhebungsprobleme aber nachrangig, denn ich fand die für das Projekt »Patientensouveränität« auszuwertenden Daten bereits vor.

Zu Beginn ging es für mich natürlich erst einmal darum mich mit der Materie, vor allem auch der vorangegangenen EUROCOM-Studie (Bahrs 2003), bekannt zu machen, eine Übersicht über die einschlägige Literatur zu gewinnen und mich in das zu verwendende Literaturverwaltungsprogramm einzuarbeiten. Zeit und Unterstützung für diese Einarbeitung stand zur Verfügung – ich habe den Eindruck, dass es für mich von Vorteil war, dass ich mein Praktikum in den Semesterferien begonnen habe, aktuell keine

Seminare anstanden, wodurch meine Ansprechpartner Ruhe für meine gründliche Einarbeitung und nachhaltige Begleitung fanden.

## Studie: Patientensouveränität

Was brauchen Patienten, um sich im Gesundheitswesen souverän verhalten zu können? Dies war die Ausgangsfrage der angesetzten Studie, die als Kooperationsprojekt der Universität Göttingen und der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V. im Auftrag der Landeszentrale für Gesundheit Nordrhein-Westfalen erstellt wurde. Die Projektgruppe bestand aus Dr. Ottomar Bahrs (Projektleitung), André Dingelstedt (statistische Analysen), Susanne Heim (Darstellung von Literatur und Praxisprojekten) und mir als Praktikantin (Erstellung der Fallvignetten). Der Projektbericht wurde entsprechend den schwerpunktmäßig verteilten Aufgaben gemeinschaftlich erstellt. Es sollten allgemeine Merkmale von Patientensouveränität dargestellt und unter Berücksichtigung empirischer Ergebnisse geprüft werden, inwieweit sich im Hinblick auf typisierbare Gesundheitssituationen – Vorsorge, Akuterkrankung, Chronische Erkrankung, Pflegebedürftigkeit – unterschiedliche Kompetenzanforderungen ergeben, denen bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung Rechnung zu tragen ist. In ergänzenden exemplarischen Fallstudien wollten wir weiterhin das Verhältnis von vorhandener und gelebter Gesundheitskompetenz untersuchen und der Frage nachgehen, ob und inwieweit salutogene Aspekte in der Interaktion zwischen Patient und Arzt identifizierbar sind und zur Förderung von Patientenkompetenz beitragen könnten.

Ein hoher Anspruch, und ich fragte mich: Weiß eigentlich irgendwer, was das ist: Patientensouveränität bzw. -kompetenz?

- Wann ist man souverän?
- Kann man immer souverän sein?
- Will man immer souverän sein?
- Worin schlägt sich Souveränität nieder und wie lebt man diese?
- Welche Bedingungen behindern die Entwicklung von Patientensouveränität?
- Gibt es Unterschiede zwischen den Kompetenzen, über die eine Person verfügt, und den Möglichkeiten, diese Kompetenzen auch in den Begegnungen mit Professionellen im Gesundheitswesen zu realisieren?

## Der Begriff der Patientensouveränität

Unter Bezug auf die vorherrschenden Definitionen (Dierks 2001) begriffen wir Patientensouveränität zunächst als Haltung des Patienten, die diesen dazu befähigt, in der Auseinandersetzung und Interaktion mit Professionellen des Gesundheitssystems eine ebenbürtige Rolle einzunehmen. Die Forderung nach (Anerkennung von) Patientensouveränität gründet zwar auf den durch die Emanzipationsbewegungen des letzten Drittels des 20. Jahrhunderts formulierten Autonomieansprüchen, wird aber in neuerer

Zeit auch durch Kostenträger und Behandler bei Patienten eingeklagt (fördern und fordern). Dabei besteht die Gefahr, dass schwächere Gruppen in der Gesellschaft systematisch benachteiligt werden. Auch M. Dierks et al. warnen davor, dass unter »dem Deckmantel einer falsch verstandenen Eigenverantwortung [...] die ›Privatisierung von Lebensrisiken‹ bzw. die Rückführung von Krankheitsrisiken in die private Verantwortung des Patienten angestrebt und eine Zwei-Klassen-Medizin vorbereitet [werde].« (Dierks 2001; S.16) Die Voraussetzungen für ein als souverän zu betrachtendes Handeln sind noch wenig geklärt, und es braucht ressourcenorientierte Analysen ebenso wie spezifische Defizitanalysen, die als Grundlage für die Entwicklung von Strategien zur Unterstützung bei spezifischen Bedürfnislagen herangezogen werden können. Und dazu sollte unsere Studie beitragen.

**Patientensouveränität: Erwartungen, Herausforderungen, Überforderungen**

Patientensouveränität wird von den unterschiedlichsten Menschen eingefordert: Menschen mit bzw. ohne Einschränkungen, Menschen mit klarem oder getrübttem Bewusstsein, von selbstständigen wie pflegebedürftigen Betroffenen ebenso wie von Angehörigen, Professionellen und Laien, jungen und alten Menschen, von Menschen in ihrem Zuhause, in Praxen, Heimen, Krankenhäusern, Palliativstationen und Hospizen. Patientensouveränität spielt sich also in den unterschiedlichsten Räumen ab. Es geht um rechtliche Fragen, soziale Beziehungen, individuelle Kompetenzen, die Selbsteinschätzung von Gesundheit/Krankheit und Lebensqualität, Selbstbestimmung, Fragen der Kommunikation, der Demokratie sowie schließlich um den Umgang mit und in Institutionen. Es geht um den Einzelnen als Teil des Gesundheitswesens und um den Einzelnen in seiner ganz besonderen Situation. Patienten sind individuelle Menschen, die in soziale Systeme eingebunden und ihren historisch gewachsenen, kulturellen und politischen Hintergründen verpflichtet sind. Souveränität kann daher nicht einfach festgeschrieben sein, sondern stellt sich für

jeden Patienten unterschiedlich dar. Um Patientensouveränität verstehen und fördern zu können, ist es wichtig, Menschen in ihrer individuellen Lebenslage, unter Bezugnahme auf umfassende Aspekte der gesellschaftlichen Teilhabe zu verstehen und dabei die Verzahnung von Gesundheitswesen und gesellschaftlicher, politischer und sozialer Kultur zu berücksichtigen.

Patientensouveränität erfordert ein neues Rollenverständnis bei Patienten und Professionellen und wirft für die Beteiligten eine Reihe von Fragen auf (Tabelle 1).

**Vorgehensweise bei der Datenerhebung und Erkenntnisgenerierung**

Wir haben sowohl Informationen aus einem aktuellen Telefon-Survey verwendet als auch videodokumentierte Interaktionen zwischen Patienten und Hausärzten qualitativ ausgewertet. Die Survey-Daten sind noch nicht für die Veröffentlichung freigegeben, so dass ich mich auf die Analysen der Sprechstundengespräche beschränke.

Im ersten Schritt haben wir die vorliegenden Informationen aus der EUROCOM-Studie (van den Brink-Muinen u.a. 1999; Bahrs 2003) einer Sekundärdatenanalyse unterzogen. Die Informationen zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (COOP-Charts; vgl. van Weel 1993) wurden genutzt, um mittels Clusteranalyse gesundheitsbezogene Unterstützungsbedarfe zu unterscheiden. In die Auswertung gingen Informationen von 750 Patienten im Alter zwischen 18 und 90 (Mittelwert: 49,3) ein, die im Erhebungszeitraum (1997/1998) bei 43 Hausärzten in 8 Bundesländern in West und Ost in Behandlung waren und deren Gespräche per Video aufgezeichnet worden waren. Frauen waren mit 57,3% etwas häufiger vertreten und durchschnittlich geringfügig jünger (48,8 Jahre). Die Ärzte (Frauenanteil: 33%) waren zwischen 36 und 58 Jahre alt (Durchschnitt: 46,1 Jahre) und damit etwas jünger als ihre Patienten. Da die Erhebung in Hausarztpraxen stattfand, waren im Sample weder »Komplett Gesunde« noch »Pflegebedürftige« zu erwarten. Ausgehend von der subjektiv eingeschätzten

Patienten	Behandler
Woran macht sich meine Souveränität fest?	Was kann ich vom Patienten erwarten?
Wie werde ich souverän?	Wie gehe ich mit souveränen Patienten um?
Will ich souverän sein?	Wie verhalte ich mich, um meinen Patienten ihre Souveränität zu gewährleisten?
Was, wenn meine Souveränität aberkannt wird?	Bin ich souverän genug, dem Patienten seine Souveränität zuzugestehen?
	Was ist, wenn meine professionelle Meinung konträr zur Patientenmeinung steht?
	Was ist, wenn mein Patient diese souveräne Patientenrolle nicht übernehmen will?
	Was ist, wenn meine Patienten nicht souverän sein können?

Tabelle 1: Potentielle Fragen zur Patientensouveränität aus Sicht von Patienten und Behndlern

Variable	Relativ gesund (n=234, 33.7 %)	Schmerz, sonst okay (n=112, 16.1 %)	Akut krank (n=143, 20.6 %)	Chron. krank (n=152, 21.9 %)	Rundum schlecht (n=54, 7.8 %)
Körperliche Belastbarkeit	2.2*	2.5	2.4	3.7***	3.8***
Stimmung	1.8***	1.6***	3.1	2.5***	4.3***
Alltägliche Verrichtungen	1.5***	1.3***	3.0	2.9	3.6***
Soziale Aktivitäten	1.1***	1.1***	2.4	1.5***	3.7***
Allgemeinbefinden	2.8***	3.0***	3.5	3.6	4.4***
Schmerzen	1.3***	3.6***	2.9	3.9***	4.4***
Veränderung des Ges.-Zustandes in den letzten 2 Wochen: 1=sehr viel besser / 5=sehr viel schlechter)	.9***	3.1*	3.4	2.4***	3.5

Tabelle 2: Typisierung subjektiv empfundenen Krankseins auf Basis der WONCA-COOP-Charts

Variable	Relativ gesund (n=234, 33.7 %)	Schmerz, sonst okay (n=112, 16.1 %)	Akut krank (n=143, 20.6 %)	Chron. krank (n=152, 21.9 %)	Rundum schlecht (n=54, 7.8 %)
Alter	47**	53***	42	56***	50**
Arzt kennt Patient/in... (Arztangabe: 1=gar nicht / 5=sehr gut)	3.7*	3.5	3.4	3.9***	3.8
Anzahl der Arztbesuche im Vorjahr (Arztangabe)	11.3	10.5	11.7	15.8*	16.4*
Bedeutung psycho-sozialer Aspekte (Arztangabe, 1=wenig / 5=stark)	2.5***	2.5***	3.2	2.8*	3.5

Tabelle 3: Strukturmerkmale der typisierten Gesundheitslagen

Gesundheit ließen sich 5 Gruppen (Vgl. Bahrs u.a. 2013) unterscheiden (Tabelle 2), welche auch charakteristische Merkmale bzgl. struktureller Aspekte (Tabelle 3) aufweisen:

Für die weitere Analyse wurden 43 Gespräche ausgewählt, die in der Primärauswertung als besonders patientenzentriert bzw. besonders wenig patientenzentriert bewertet worden waren. 11 dieser Gespräche – pro Cluster jeweils zwei – wurden einer intensiveren Video- und Textanalyse unterzogen und zu Vignetten aufbereitet. Damit sollte in verdichteter Form veranschaulicht werden, welche Kompetenzen bei Patienten mit Bezug auf die umschriebene Gesundheitskonstellationen gefordert sind, inwieweit deren tatsächliche Realisierung in der hausärztlichen Sprechstunde gelingt und wodurch das ärztliche Verhalten hier steuernd wirken kann.

### Fallvignetten – meine Aufgabe im Praktikum

Vor der Analyse und Aufbereitung der dokumentierten Gespräche stand ich vor der Aufgabe, Kriterien für deren Beurteilung unter dem Aspekt der Patientensouveränität zu entwickeln. Ich stellte ich mir also folgende Fragen:

- Was ist und woran erkenne ich Patientensouveränität und -kompetenz?
- Wie kann ich in diesem Rahmen die Einordnung der Patienten-Arzt-Beziehung vornehmen?
- Wie erkenne ich die Förderung bzw. Hemmung der Patientensouveränität/-kompetenz durch den Arzt?

Jetzt war ein Literaturstudium angesagt. Durch Ilona Kickbusch von der WHO lernte ich zwischen verschiedenen Gesundheitskompetenzen zu unterscheiden: »Auf der funktionalen Ebene ist jemand fähig, einfache Informationen zur Gesundheit zu verstehen und umzusetzen, z.B. die Anweisungen zum Einnehmen eines Medikaments. Die interaktive Ebene umfasst fortgeschrittene kognitive Fertigkeiten, sowie soziale Kompetenzen, die eine aktive Rolle ermöglichen. Verschiedenste Formen des kommunikativen Austauschs und die Umsetzung von Informationen im Alltag und im sozialen Umfeld werden hier erfasst (...) (Die kritische Gesundheitskompetenz) erlaubt das Hinterfragen von Anweisungen und Aussagen, das Abwägen von Entscheidungen sowie die Risikoeinschätzung.« (Kickbusch 2006, S.10) Antonovskys Salutogenese-Konzept und das von ihm formulierte Kohärenzgefühl mit den mittlerweile bekannten Kom-

ponenten Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit und Handhabbarkeit (Antonovsky 1997) legte mir nahe, dass Patienten Ziele brauchen, für die es sich lohnt, gesund zu bleiben oder zu werden. Über Deutungsschemata und Ressourcen für den Umgang mit Symptomen, Beschwerden und Krankheiten zu verfügen spielt hierbei eine wichtige Rolle – unabhängig davon, wie der Patient gerade auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einzuordnen wäre. Auch in Mathes bio-psycho-sozialem Verständnis von Gesundheit gehört Bewältigungsfähigkeit zur Patientensouveränität (vgl. Mathe 2005). Auch er geht davon aus, dass gesundheitliche Risikofaktoren nicht unbedingt zu einer Verschlechterung von Allgemeinzustand und Gesundheitszustand führen, sondern dass sich diese, je nach persönlichen Kompetenzen wie Selbstwirksamkeit und Optimismus oder auch sozialen Kompetenzen wie interaktives Handeln, interpersonales Vertrauen und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, auf das Gesundheitsempfinden auswirken können.

Beziehungs- und Kommunikationskompetenzen sind offenbar zentrale Aspekte von Patientensouveränität (vgl. auch Kranich 2004). Sie stellen eine der Voraussetzungen dar, um Menschen in ihrer Rolle als Patienten souveränes Handeln zu ermöglichen. Menschen müssen verfügbare Informationen vor dem Hintergrund ihrer jeweils individuellen Wertvorstellungen interpretieren und einordnen können, um tatsächlich Entscheidungen treffen zu können. In diesem Sinne muss es den Betroffenen ermöglicht werden, sich ihrer Werte bewusst zu sein bzw. zu werden.

Im Weiteren wollte ich versuchen herauszufiltern, woran es sich zeigt, dass Menschen sich verstanden fühlen. Informationen dieser Art gewinnen ihre Bedeutung in der Interaktion zwischen

Menschen und damit in Beziehungen und durch Kommunikation. Zur Bildung der Kriterien habe ich bei der Analyse der realen Arzt-Patienten-Gespräche Elemente der epikritischen Fallbetrachtung (Brucks 1997) einbezogen. Brucks zufolge besteht das zentrale Ziel der Patientenversorgung darin, diesem weitestgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu ermöglichen. Dazu gilt es ihn zu ermutigen, eigene Problemlösungsmöglichkeiten zu entwickeln und zu nutzen. Risiken und Ressourcen sollen gleichermaßen berücksichtigt werden. Damit Patienten in ihrem Verhalten gegenüber den Professionellen des Gesundheitssystems eine gleichberechtigte Rolle einnehmen können, müssen die Professionellen die gleichwertige Beziehung nicht nur zulassen, sondern auch aktiv fördern. Patientenautonomie und Souveränität entfaltet sich in der Beziehung zwischen Personen. »*Patientenautonomie gewinnt Sinn und Tragfähigkeit erst durch Relationalität und Kontextualität.*«(Geisler 2004, S.453–456)

Entsprechend habe ich bei den Fallanalysen vor allem Selbstkompetenz, Beziehungskompetenz und das Gesprächsverhalten des Patienten sowie die Interaktionsseite des Arztes untersucht. Dafür hatte ich mir folgende in Tabelle 4 aufgeführte Leitfragen erarbeitet.

### Leitfragen zur Patientensouveränität in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Wie die Ausarbeitung einer Fallvignette konkret aussehen kann, möchte ich im Folgenden am Fall Marko Paschke und seinem behandelnden Arzt Dr. Fährmann veranschaulichen. (*Sämtliche Personennamen wurden pseudonymisiert.*) Marko Paschke wurde mittels Clusteranalyse der Gruppe »Relativ gesund« zugeordnet.

<p><b>Selbstkompetenz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat der Patient Perspektiven vor Augen, die sich aus seiner Gesundheitssituation ergeben könnten? Will er mögliche Perspektiven im Gespräch mit dem Arzt erarbeiten?</li> <li>• Geht der Patient der Frage nach, was die Gesundheitssituation aktuell und längerfristig für ihn bedeutet?</li> <li>• Thematisiert der Patient, welche Veränderungen möglicherweise im Alltag auf ihn zukommen bzw. wie sich welche Veränderungen im Alltag auf seine gesundheitliche Situation auswirken?</li> <li>• Nimmt der Patient Veränderungen in der Ich-Umwelt-Beziehung wahr?</li> <li>• Welche Konsequenzen will der Patient im Hinblick auf seine Lebens- und Gesundheitssituation ggf. ziehen?</li> <li>• Inwieweit kann der Patient Nutzen und Risiken von Therapien und Vorgehensweisen beurteilen?</li> <li>• Inwieweit nimmt der Patient Umfeldeinflüsse wahr?</li> <li>• Inwieweit schätzt der Patient selbst Ressourcen und Risiken ein?</li> <li>• Wie ausgeprägt ist seine Fähigkeit, eigene Gestaltungsmöglichkeiten zu erkennen, zu benennen und zu nutzen?</li> </ul>
<p><b>Beziehungskompetenz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie äußert der Patient sein Anliegen?</li> <li>• Wie reagiert er auf Therapieansätze und Vorgehen des Arztes?</li> <li>• Welchen Stellenwert haben Inanspruchnahme von Bedenkzeit und/oder einer Zweitmeinung, das Ansprechen von Missverständnissen und Verständnisfragen?</li> <li>• Werden alternative Therapieansätze in Betracht gezogen?</li> <li>• Finden sich Informationsbedürfnis, -möglichkeit bzw. -defizite?</li> </ul>
<p><b>Förderung resp. Hemmung von Patientensouveränität in der Konsultation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erläutert der Arzt in einer Art, die dazu führt, dass sich der Patient einerseits verstanden fühlt und andererseits auch versteht, wovon gesprochen wird?</li> <li>• Geht der Arzt auf die vom Patienten angesprochenen Themen ein?</li> <li>• Werden Missverständnisse seitens des Professionellen von diesem angesprochen und Verständnisfragen geäußert?</li> <li>• Ermutigt der Professionelle den Patienten zum Ansprechen von Missverständnissen und zu Verständnisfragen?</li> </ul>

Tabelle 4: Leitfragen zur Patientensouveränität in der Arzt-Patienten-Kommunikation

**Marko Paschke/Dr. Fährmann:**

**»Langfristig möchte ich das Medikament nur einnehmen, wenn ich es brauche.« (13,5 Min.)**

Der 24-jährige Marko P. leidet unter Neurodermitis und kommt zum Folgegespräch zu seinem Hausarzt, Dr. Fährmann (36 Jahre), zu dem er erst kürzlich gewechselt hat, weil dieser auf atopische Erkrankungen spezialisiert ist. Herr P. schildert detailliert die Besserung der Beschwerden und stellt einen möglichen Zusammenhang mit seinem geänderten Lebensrhythmus her, Nachfragen des Arztes zu seiner sozialen Situation weicht er aber aus. Die Medikamente nehme er vorschriftsgemäß und vertrage sie gut. Herr P. stellt viele Fragen zum Behandlungsplan, zu Wirkweise und Nebenwirkungen der Medikamente, die sein Arzt geduldig beantwortet. *»Langfristig möchte ich da hinkommen, dass ich das Medikament nur einnehme, wenn ich es brauche, und sonst nicht.«*

Herr P. ist berufstätig und lebt mit Partnerin und Kind im Haus der Eltern. Obwohl er sich als gesund und leistungsfähig einschätzt, muss er Nutzen und Risiken einer neuen Langzeittherapie beurteilen. Er beteiligt sich sehr aktiv am Gespräch und ist in der Lage, sich Unterstützung und Informationen zu suchen, diese anzunehmen und umzusetzen. Er lässt jedoch nicht zu, dass ein Zusammenhang zwischen seinem sozial vermittelten Alltag und der Erkrankung thematisiert wird. Dr. F. ist für ihn Experte in Krankheitsfragen, für eine weitergehende Öffnung fehlt ihm das Vertrauen, vielleicht aufgrund der erst seit kurzem bestehenden Arzt-Patienten-Beziehung.

Dr. F. geht auf die Bedürfnisse seines Patienten ein, akzeptiert seine Grenzsetzung und fördert Herrn P.s krankheitsbezogene Kompetenzen durch genaue Informationen und Aufklärung unter Verzicht auf Fachjargon. Damit fördert er die Kompetenzen seines Patienten, nimmt ihn als Experten seiner selbst ernst und formuliert explizit die Förderung der Patientensouveränität als ein Behandlungsziel: *»Langfristig sollen Sie selbst ein Gefühl dafür kriegen, wie viel Sie davon brauchen und es auch entsprechend der aktuellen Situation anpassen können.«*

Das Gespräch zwischen den beiden Akteuren bleibt aber überwiegend auf die Thematik ›Medikament‹ bezogen.

**Einige Ergebnisse aus der Studie**

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich logisch unterscheidbaren Situationen – Vorsorge, Akuterkrankung, chronische Erkrankung, Pflegebedürftigkeit – nur begrenzt mit den auf der Grundlage der empirischen Erhebungen möglichen Typisierungen zur Deckung bringen lassen. Mehr noch: jeder Einzelfall ist als ›Typ‹ zu begreifen. Matthiessen formulierte in diesem Sinne bereits 2007 sehr deutlich: *»Der Blick auf die – auch im Kranksein – je vorhandene Gesundheit eines Menschen sowie auf die für die Vergangenheit auszumachenden und für die Zukunft zu erwartenden Gesundheitspotentiale bedeutet nicht nur, dass sich die Krankengeschichte um eine Gesundheitsgeschichte erweitert, sondern zugleich auch, dass sich die Krankheitsgeschichte zur Krankengeschichte und darüber*

*hinaus zur Lebensgeschichte eines Menschen ergänzt.«* Dies erfordere *»neben der Suche nach salutogenetischen Potentialen [...] zugleich eine biographische Orientierung in der Medizin, die sich [...] mit der je individuellen Dynamik der Lebensbewältigung, mit der Lebensverwirklichung eines Menschen in Gesundheit und Krankheit beschäftigt.«* (Matthiessen 2007, S. 34) Erkennbare Kompetenzen sind offenbar weniger auf die hypothetisch formulierten Gesundheitssituationen bezogen als an die beteiligten Patienten und Ärzte gebunden. Die Formulierung potentieller Besorgnis und Wünsche nach Unterstützung stellt eine Anforderung in allen Versorgungssituationen dar, deren Artikulation im Grunde auch eine aktive Gesprächsbeteiligung voraussetzt. Die klare Formulierung des Anliegens erwies sich als umso eher möglich, je mehr Kompetenzen vorhanden und je größer die Handlungsräume des Patienten, aber auch je größer die Übereinstimmung zwischen Patient und Arzt über den Charakter der Versorgungssituation war. Daraus lässt sich folgern, dass zuallererst der Auftrag zu klären ist, was die Frage beinhaltet, welche Gesundheit für den konkreten Patienten in der gegebenen Situation wünschenswert und erreichbar ist. Vor diesem Hintergrund könnte gezielte Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten möglich werden. Hier zeigt sich aber auch, wie wichtig die gelungene Interaktion zwischen den Akteuren ist und welchen Stellenwert damit die Selbst- und Beziehungskompetenz einnimmt. Die Rückmeldungen über die eigenen Selbsthilfepotentiale und die durch Ärzte erfahrene Unterstützung fallen umso günstiger aus, je weniger die Befragten eine gesundheitliche Einschränkung wahrnehmen. Hierbei korrespondieren (geringeres) Alter, Geschlecht und (höhere) Bildung. Weiterhin nehmen offenbar gerade diejenigen, die insgesamt über geringere Handlungsoptionen verfügen, auch eine geringere Unterstützung durch die Professionellen wahr. Vielleicht muss Patienten-Empowerment deshalb über die medizinische Behandlung hinausreichen, um Menschen ihre Souveränität zu ermöglichen, die sie dann in der Rolle des Patienten und mit Bezug auf Gesundheitsfragen wahrnehmen können. Patientensouveränität kann in gewissem Grad im Rahmen der Behandlung erworben werden. Hier scheint die Erfahrung zugeschriebener und wahrgenommener Autonomie im Gespräch mit dem Arzt eine bedeutsame Rolle zu spielen und sich auch auf den Alltag auszuwirken zu können. Ärzte können Patientenkompetenzen durch das eigene Verhalten fördern und stärken, wobei gerade Fragen zu Kontextbedingungen neue Möglichkeiten erschließen. Einem auf Ressourcenstärkung setzenden Arztverhalten sind wiederum Grenzen gesetzt, wenn die inneren Widerstände des Patienten oder die Übermacht durch von ihm nicht gestaltbarer Rahmenbedingungen zu groß sind. Arztverhalten kann der Entfaltung von Patientenkompetenzen aber auch entgegenstehen. Eine besondere Rolle spielt dabei die Entwertung aktueller Probleme durch vorliegende Befunde und ›harte Fakten‹, da dies den Patienten daran hindern kann, sein aktuelles Anliegen überhaupt zur Sprache zu bringen. Unseren Studienergebnissen zufolge nutzen offenbar jüngere Ärzte eher einen partnerschaftlichen



Interaktionsstil. Sie klären eher auf, erkennen den Patienten eher als Experten an und versuchen diesem eigenständige Lösungen mit Bezug auf seine Gesamtsituation zu ermöglichen. Mit Frauen scheint dies besser zu gelingen als mit Männern, ebenso wie mit Jüngeren im Gegensatz zu Älteren. Ältere Ärzte scheinen stärker zu einem paternalistischen Interaktionsstil zu tendieren. Sie verhalten sich stärker risiko- und krankheitsbezogen, das aktuelle Anliegen des Patienten wird eher übergangen und auch auf eigenständige Problemlösungskompetenzen des Patienten wird weniger eingegangen. Patientensouveränität förderndes Arztverhalten scheint dabei weder von der Dauer der Konsultationen noch von der Untersuchungsregion abhängig zu sein. Während sich bei dem überwiegenden Teil der Patienten eine hohe Zufriedenheit mit Ärzten erkennen lässt, fällt doch die Seltenheit auf, mit der Ärzte ihren Patienten ein Fragen ermöglichen. Hier besteht Verbesserungsbedarf im Sinne des Empowerments. Je nach Erhebungssituation sind Wahrnehmung und Bedürfnislagen unterschiedlich akzentuiert.

Dieser Bericht kann nur einen kleinen Ausschnitt aus der Studie wiedergeben, vielleicht aber dennoch als Anregung dienen. Es ist Zeit weiter über das Thema nachzudenken, zu recherchieren und zu analysieren.

### Fazit aus dem Forschungspraktikum

Das Forschungspraktikum selbst habe ich als hilfreich und gelungen empfunden.

Ich wurde in die einzelnen Schritte des Studienablaufs und die entsprechenden Diskussionen einbezogen und konnte Einblicke gewinnen, wie wissenschaftliche Arbeit in der Realität ablaufen kann – natürlich auch mit ihren Grenzen und Schwierigkeiten. Gerade durch die Möglichkeit, den Prozess der quantitativen Datenanalyse zu verfolgen und das Verfahren der Clusteranalyse kennenzulernen, wurde mir verdeutlicht, wie schwierig es sein kann miteinander verknüpfbare und im Hinblick auf die Fragestellung verwertbare Daten zu gewinnen und welchen Aufwand es bedeutet, diese gewissenhaft auszuwerten. Ich konnte Vorgehensweisen und Methoden, die ich bisher nur aus dem studentischen Arbeitsalltag kannte, in einem gewissen Maß in der Praxis umsetzen und dabei auch an meine Grenzen stoßen. Durch die Vielgestaltigkeit der Aufgaben, mit denen ich betraut war, bekam ich einen recht umfassenden Einblick über die Vielfältigkeit von Forschungsprozessen und damit einhergehender Erstellung von Projektberichten.

Ich habe mich gut betreut gefühlt. Zum einen wurde mir das Gefühl vermittelt Teil des Teams zu sein, zum anderen konnte ich mich mit Fragen, Überlegungen oder Schwierigkeiten jederzeit an Susanne Heim und Ottomar Bahrs wenden. Mit dieser Art und Weise wurde mir Bedeutsamkeit, Sinnhaftigkeit und Handlungsfähigkeit vermittelt.

Wie steht es um die Fragen und Vorstellungen, mit denen ich in das Praktikum gegangen bin? Ich wollte ...

- als Patientin von Seiten der Professionellen als souveränes Individuum wahrgenommen werden. Dieser Wunsch hat sich mit dem Praktikum nicht verändert. Allerdings hat sich mein Verständnis, was unter dem Aspekt Patientensouveränität in Betracht gezogen werden muss, erheblich vergrößert und damit einhergehend auch die Erkenntnis, dass ich in Bezug auf bestimmte Aspekte (noch nicht) souverän sein kann, da mir Wissen und Kompetenz fehlt. In Bezug auf das Thema Patientensouveränität bzw. Patientenkompetenz frage ich mich nach der Studie allerdings, ob es nicht besser Lebens-, Beziehungs-, Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Entscheidungskompetenz heißen sollte? Denn es handelt doch davon: individuell, selbstbestimmt und selbstständig zu sein und zu werden – nicht nur als Patient sondern vor allem auch als Mensch. Es geht darum, sich bedeutsam zu fühlen und die Bedeutung der eigenen Lebenssituationen zu verstehen, das eigene Leben als sinnvoll anzusehen. Es handelt davon, den Sinn unterschiedlicher Lebenssituationen zu erkennen, sich als handlungsmächtig zu verstehen und dies auch umzusetzen – tagtäglich und individuell.
- mehr über die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit erfahren, um mögliche Zusammenhänge zwischen Souveränität, Gesundheit und sozialer Lage noch eingehender verstehen zu können. Der bekannte Zusammenhang von Bildung, Einkommen und Gesundheit konnte in den quantitativen Analysen zum Teil abgebildet werden. Vor allem aber wurde mir über die Bearbeitung der Fallvignetten sehr deutlich vor Augen geführt, welchen Einfluss die soziale Lage, die soziale Einbindung, die Beziehungs- und Kommunikationskompetenz, das verwendete Gesundheitskonzept und die eigene Biographie auf den Gesundheitsprozess haben können.
- mehr darüber erfahren, inwieweit und durch welche Mechanismen sich das Arzt-Patientengespräch auf die Arzt-Patienten-Interaktion und entsprechend auf das Behandlungsergebnis auswirken könnten. Das Praktikum verdeutlichte mir, wie stark sich die Interaktion zwischen Arzt und Patient auf den Behandlungsverlauf und den Umgang mit der Gesundheitssituation auswirken kann.
- in Erfahrung bringen, ob sich Erkenntnisse aus der Analyse von Therapeut-Patienten-Gesprächen für Berater-Teilnehmer-Gespräche im Rahmen der Sozialen Arbeit nutzen lassen. Dies scheint mir – trotz der je unterschiedlichen Kontexte – in der Tat der Fall zu sein. In Berater-Teilnehmer-Gesprächen im Rahmen der Sozialen Arbeit geht es oftmals um Individualität, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Menschen. Es ist wichtig, dass sich die Beteiligten bedeutsam fühlen, die Bedeutung der eigenen Lebenssituationen verstehen und den Sinn unterschiedlicher Lebenssituationen erkennen, sich dabei als handlungsmächtig verstehen und diese Handlungsfähigkeit umsetzen. Nicht zu vergessen ist, dass die jeweiligen

gesundheitlichen Situationen Teil der Lebenswelt der Beteiligten und häufig auch Gegenstand der Gespräche sind. ■

### Franziska Löwenstein

Geboren 1970 in Göttingen, Masseurin, Heilpraktikerin, BA of Arts Soziale Arbeit, zurzeit Masterstudentin in Kassel: Soziale Arbeit und Lebenslauf

#### Ausbildung:

1997-1998 Ausbildung zum Diplomerad Massage-therapeut, Svenska Healsoteamet, Risäter/Schweden.

2000-2003 Ausbildung zur staatlich geprüften Heilpraktikerin, AMARA Schule Hannover/Deutschland.

2000-2004 Ausbildung in klassischer Homöopathie, Lehrpraxis klassische Homöopathie, Hannover.

2008-2009 Ausbildung zur Mediatorin mit Schwerpunkt Mediation im interkulturellen Kontext und Schulmediation, Institut für Interkulturelle Praxis und Konfliktmanagement, Göttingen.

2008-2011 Studium der Sozialen Arbeit an der Universität Kassel – Schwerpunkt Biographie und Lebenslauf, Medienpädagogik, Abschluss Bachelor of Arts 2011, Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin.

Zur Zeit Masterstudium Soziale Arbeit und Lebenslauf, Schwerpunkt Biographieforschung und Videointeraktionsanalyse, voraussichtlicher Abschluss Dez. 2013.

#### Beruflicher Werdegang:

1990-1997 Transport- und LKW-Fahrerin, Autovermietung Tele Trans, Göttingen.

1998-1999 Honorarkraft im Värmlandskollektiv, Deje/Schweden - Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen.

Seit 1998 Praxistätigkeit als Massagetherapeutin zunächst in Humletorp/Schweden, seit 2002 in Deutschland.

Seit 2005 Heilpraktikerin – eigene Praxistätigkeit in Göttingen, Schwerpunkte: Körpertherapien, Shiatsu, soziale Beratung, Persönlichkeits- und Kommunikationsentwicklung, Körperwahrnehmung.

Seit 2009 zusätzlich freiberufliche Dozentin in der beruflichen Bildung:

Salo + Partner Bildung und Beruf GmbH, Göttingen: Casemanagement für Rehabilitanden, UVgA Unterstützung der Vermittlung mit ganzheitlichem Ansatz – Integrationsprojekt, BVQ - Berufliche Vorbereitung und Qualifizierung, Prozessbegleitende Betreuung durch Einzelgespräche, Kommunikationstraining, Gesundheitsfördernde Workshops.

Institut für Interkulturelle Praxis und Konfliktmanagement, Göttingen

LEB (Ländliche Erwachsenenbildung), Göttingen: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz.

Seit 2013 freiberufliche Mitarbeiterin der Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo), Göttingen.



### Literatur:

- Abholz HH, Lamprecht S, Wilm S, Bureick G, Bahrs O, Henze KH, Heim S, Laspe I, Wegscheider K (2012): BILANZ – accounting dialogues as a means to promote patient-oriented primary care and improve patient of people with chronic disease (study design); <http://www.ntnu.edu/documents/8445058/16246714/3Bahrs.pdf> (letzter Zugriff am 25.9.2013)
- Antonovsky A (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVV-Verlag.
- Bahrs O (2003). Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW) (Hrsg.). 3 (1), 2003: 17–23.
- Bahrs O (2011): Der Bilanzierungsdialog – Eine Chance zur Förderung von Ressourcenorientierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten. GGW, 11 (4): 7–15
- Bahrs O, Dingelstedt A, Heim S, Löwenstein F. Soziale Teilhabe fördert Patienten-souveränität: Gesundheitswesen 2013, 75: 550
- Brucks U, Wahl WB, Schüffel W (1997). Epikritische Fallbetrachtung – Einführung in die Methode und Anleitung zur Dokumentation für Fallbesprechungen in Balintgruppen und ärztlichen Arbeitskreisen. Verbundprojekt Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung. Marburg. Oldenswort Verlag.
- Dierks ML (2001). Patientenautonomie. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart (Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg).
- Geisler LS (2004). Patientenautonomie - eine kritische Begriffsbestimmung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004. (129); 453–456.
- Kickbusch I (2006). Gesundheitskompetenz. In: Public Health News 2006. (3); 10.
- Kranich C (2004). Patientenkompetenz. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004. 47 (10); 950–956.
- Mathe T (2005): Medizinische Soziologie und Sozialmedizin. 1. Aufl. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Matthiessen PF (2007): Der salutogenetische Ansatz. In: Bahrs O, Matthiessen PF (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Hans Huber, S. 27–35.
- Petzold TD, Bahrs O (Hrsg.) (2013): Chronisch krank und doch gesund – Salutogenetische Perspektiven; Verlag Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Opizzi L, Peltenburg M: The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; NIVEL, Utrecht 1999
- van Weel C (1993). Functional status in primary care. COOP/WONCA charts. In: Disability and Rehabilitation 1993. 15 (2); 96–101.