



*Zahnmedizinische Patientenberatung als Instrument zur
Orientierung des Einzelnen im Gesundheitssystem
Eine qualitativ-empirische Studie*

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. phil.

Genehmigt durch die Fakultät für Humanwissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

Von Ina Wagner M. Sc.

Geb. am 30.01.1983

Gutachter: Prof. Dr. Michael Dick

Gutachter: Prof. Dr. med., MPH Bernt-Peter Robra

Eingereicht am 10.06.2024

Verteidigung der Dissertation am 09.10.2024

*„Mit jedem Wort wachsen wir.“
Christian Morgenstern*

Abstract

Wandel, Entwicklung und Veränderung begleiten die Menschen seit jeher. Die Geschwindigkeit steigt dabei fortwährend an, was die Individuen vor die Herausforderung der Anpassung, des Mithaltens und des Verstehens stellt. Besonders auch im Gesundheitssystem vollziehen sich innerhalb der technischen Entwicklung enorme Veränderungen, welche der Patientenschaft und den Behandlern veränderte und optimierte Behandlungsmöglichkeiten bieten. Dabei können mit diesen Fortschritten nicht nur positive Aspekte beschrieben werden. Die Entwicklung von wirtschaftlich orientierten Praxisformen, die Zunahme von zu verarbeitenden Informationen innerhalb des Behandlungssettings und die zunehmenden Irritationen von Patienten durch die Vielzahl der zur Verfügung stehenden Informationen hat Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Auch Beratung begleitet die Menschen seit jeher. Waren es in der Vergangenheit noch Schamanen, Priester oder Heiler, welche eine beratende Funktion für die Individuen übernahmen, so haben wir auch in den heutigen Zeiten eine Vielzahl von Beratungsangeboten, die dazu dienen durch eine kommunikative Vermittlung von Informationen die Transformationsprozesse in ein verstehbares Niveau, also Adressatengerecht, zu übersetzen. (Herriger 1997)

Dies leistet auch die zahnmedizinische Patientenberatung. Der Schutz der Arzt-Patienten Beziehung und die Übernahme der Verantwortung dieser Irritation, innerhalb der Profession stellt den Kern dieser hier vorliegenden Arbeit dar. Im Fokus steht dabei die zahnärztliche Patientenberatung, welche in ihrer Form als Leuchtturmbeispiel für die Verbesserung der Arzt-Patienten Beziehung innerhalb der Profession steht. Mit Hilfe eines qualitativen/quantitativen Forschungsdesigns wurde die Beteiligten (Berater, Behandler, Patienten) dieser Beratungsform befragt, um ein umfängliches Verständnis für die Besonderheiten dieser Beratungsform ableiten zu können. (BZÄK und KZBV 2012)

Aus diesen Erhebungen werden, die Haltung der Patientenschaft gegenüber den Beratern und ihr Bild von diesen, die aktuellen Entwicklungen innerhalb der Profession und der Umgang der Behandler mit den aktuellen Herausforderungen innerhalb und außerhalb der Profession deutlich. Dabei wurde auch bei der theoretischen Herleitung der Fokus daraufgelegt, welche Anforderungen an Beratung aus der professionstheoretischen Perspektive hervorgehen und wie die zahnmedizinische Patientenberatung hier ihre Einordnung findet. Deutlich wird aus dieser Herleitung die gesellschaftliche Bedeutsamkeit der Beratung, die auch aus dem interaktionistischen Professionsverständnis ihre Begründung findet. Neben der kritischen Würdigung schließt die Arbeit mit dem Ausblick auf aktuelle Entwicklungen im Gesundheitssystem, die Anforderungen an die Professionsentwicklung und die weiterhin zu formulierenden Bedarf an ein Beratungssystem innerhalb der Profession um die originären Aufgaben der Profession zu wahren und die Arzt-Patienten Beziehung zu schützen. (Dick et al. 2016)

Inhalt

Abstract	V
Abkürzungsverzeichnis	IX
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
I. Teil Problemexplikation und theoretische Betrachtung	13
1. Einleitung	13
1.1 Gesellschaftliche Wandlungsprozesse	13
1.2 Einfluss auf die Lebenswelt	15
1.3 Bedeutung von Unterstützung in der Lebenswelt.....	15
1.4 Forschungsvorhaben.....	16
2. Das Gesundheitssystem und seine Akteure	18
2.1 Die Entwicklung von Medizin und Gesundheitssystem	18
2.2 Entwicklung der Zahnmedizin.....	21
2.3 Rolle des Arztes im Gesundheitssystem	21
2.4 Die Rolle des Patienten im Gesundheitssystem	24
2.5 Arzt und Patient – Bedingung und Beschreibung der Beziehung.....	27
2.6 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung	31
3. Beratung	40
3.1 Begriffsbestimmung.....	40
3.2 Entwicklungsverlauf der Beratung.....	41
3.3 Theoretische Konzepte von Beratung	42
3.3.1 Psychoanalytische Theorie und Beratung	43
3.3.2 Klientenzentrierte/personenzentrierte Beratung	44
3.3.3 Kognitiv-behavioral orientierte Verhaltensberatung	45
3.4 Gesellschaftliche Bedeutung der Beratung	46
3.5 Beratungsbeziehungen	47
3.6 Sprache, Interaktion und Transaktion in der Beratung.....	48
3.7 Auswirkungen und Ergebnisse von Beratung	53
3.8 Grenzen und Kritik	55
3.9 Patientenberatung als paradigmatisches Modell.....	56
4. Theoretische Betrachtungen	60
4.1 Professionstheoretische Betrachtung	60
4.2 Zahnmedizinische Profession.....	62

4.3 Gesundheit.....	65
4.3.1 Salutogenese-Modell	66
4.3.1.1 Kohärenzmodell/Sence of Coherence.....	69
4.3.1.2 Limitierung der Modelle	71
4.4 Modelle des Gesundheitsverhaltens	72
4.4.1 Kontinuierliche Modelle des Gesundheitsverhaltens	72
4.4.2 Dynamische Modelle des Gesundheitsverhaltens.....	73
4.5 Resonanz.....	75
4.6 Empathie.....	78
4.7 Resilienz	79
4.8 Vertrauen	81
4.9 Empowermentkonzept und Individualisierung	82
4.10 Schließende Betrachtung und überleitende Fragestellung.....	86
II. Teil Empirie.....	89
5. Forschungsmethodik: Design, Daten, Ergebnisse	89
5.1 Forschungsdesign	89
5.2 Datenerhebung.....	91
5.2.1 Gruppendiskussionen	91
5.2.2 Episodische Interviews	94
5.2.3 Fragebogen	95
5.3 Datenauswertung.....	95
5.3.1 Gruppendiskussion	95
5.3.1.1 Fallexploration	96
5.3.2 Episodische Interviews und gesamtmaterial Gruppendiskussion	97
5.3.3 Fragebogen	98
5.4 Transaktionsanalyse	99
5.4.1 Transaktionen – Strukturmodell – Funktionsmodell	99
5.4.2 Strokes – Grundeinstellungen – Spiele	104
5.4.3 Zusammenfassende Betrachtung der Theorie der Transaktionsanalyse	108
5.5 Ergebnisdarstellung	111
5.5.1 Gruppendiskussion	111
5.5.2 Kategoriensystem.....	111
5.5.3. Fallbetrachtung mithilfe der Transaktionsanalyse	130
5.5.4 Ergebnisse der episodischen Interviews	140
5.5.5 Ergebnisse des Fragebogens	145
5.6 Methodische Grenzen und Methodenkritik.....	152

III. Teil Synthese der Erkenntnisse und Ausblick	154
6. Ergebnisse, Diskussion und Fazit.....	154
6.1 Zusammenführung der Ergebnisse	154
6.3 Kritische Betrachtung.....	161
6.4 Ausblick und Fazit	163
Literaturverzeichnis	XII
Anlagen.....	XXV

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
APB	Arzt-Patienten-Beziehung
AP	Arzt-Patient
BZK	Bundeszahnärztekammer
bzw.	beziehungsweise
ggf.	gegebenenfalls
HKP	Heil- und Kostenplan
IDZ	Institut der deutschen Zahnärzte
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KFO	Kieferorthopäde
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
n. Chr.	nach Christus
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
SDM	Shared Decision Making
SOC	Sence of Coherence
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
usw.	und so weiter
v. Chr.	vor Christus
z. B.	zum Beispiel
ZZQ	Zentrum für zahnärztliche Qualität

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schichtmodell in historischen Dimensionen.....	23
Abbildung 2: Modelle der Behandlungsentscheidung	35
Abbildung 3: Patientenwünsche zu SDM/PEF 2001–2012.....	36
Abbildung 4: Diskrepante Perspektiven: Verhalten des Hausarztes aus Arzt- und aus Patientensicht.....	37
Abbildung 5: Angstsymptome vor einem Arztbesuch und in der konkreten Praxissituation..	38
Abbildung 6:Beratungskontinuum	40
Abbildung 7: Aufbau der Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Selbstverwaltung...	57
Abbildung 8:Gegenüberstellung pathogenetisches Modell und salutogenetisches Modell ...	67
Abbildung 9:Das Modell der Salutogenese von Antonovsky	69
Abbildung 10: Dynamischer und wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten ...	70
Abbildung 11: Dynamischer und wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten...	74
Abbildung 12:Empowerment – Ansätze und Wirkungen.....	86
Abbildung 13:Forschungsdesign	90
Abbildung 14: Bestandteile des episodischen Interviews.....	94
Abbildung 15:Ablaufschema qualitative Inhaltsanalyse	97
Abbildung 16:Ich-Zustandsmodell-Strukturmodell.....	100
Abbildung 17:Funktionsmodell	101
Abbildung 18: Ich-Zustands-Funktionsmodell mit Stimulus- und Reaktionsdarstellung.....	103
Abbildung 19: Das Drama-Dreieck	108
Abbildung 20: Darstellung des zur Fallanalytik entwickelten Prozessmodells	110
Abbildung 21:Kategoriensystem Subkategorie „Beratungsverlauf“	119
Abbildung 22:Fall 40 - Beispiel 1 Komplementärtransaktion	131
Abbildung 23:Fall 29 - Beispiel 2 Komplementärtransaktion	132
Abbildung 24:Fall 11 - Beispiel 1 Überkreuztransaktionen	134
Abbildung 25:Fall 33 - Beispiel 2 Überkreuztransaktionen	135
Abbildung 26:Fall 20 - Beispiel 1 komplementäre Transaktionsenden außerhalb der ER-ER- Ebene.....	136
Abbildung 27:Fall 30 - Beispiel 2 komplementäre Transaktionsenden außerhalb der ER-ER- Ebene;.....	137
Abbildung 28:Fall 31 - Beispiel 1 Fälle ohne transaktionsanalytische Auswertung.....	138
Abbildung 29:Fall 25 - Beispiel 2 Fälle ohne transaktionsanalytische Auswertung.....	139
Abbildung 30: Kategoriensystem der episodischen Interviews mit bildlicher Darstellung der Häufigkeiten	140
Abbildung 31:Auswertungen zu Frage 1 und 2 des quantitativen Fragebogens.....	145
Abbildung 32:Auswertung zu Frage 3 und 4 des quantitativen Fragebogens	146
Abbildung 33:Auswertung zu Frage 5 des quantitativen Fragebogens	147
Abbildung 34:Auswertungen zu den Fragen 6, 7, 8 des quantitativen Fragebogens	148
Abbildung 35: Auswertung zu Frage 9 des quantitativen Fragebogens	149
Abbildung 36:Auswertung zu den Fragen 10 und 11 des quantitativen Fragebogens.....	149
Abbildung 37:Auswertungen zu Frage 12 des quantitativen Fragebogens	151
Abbildung 38: Darstellung der Entscheidungsfindung der APB, bezogen auf die emotionale Belastung und den Grad der Notlage;.....	157

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Formale Darstellung Gruppendiskussionen	94
Tabelle 2: Statistische Darstellung der Ergebnisgruppen	131

I. Teil Problemexplikation und theoretische Betrachtung

1. Einleitung

1.1 Gesellschaftliche Wandlungsprozesse

Die menschliche Arbeit wurde von derart vielen Wandlungsprozessen durchzogen, dass sie schon bald nicht mehr vergleichbar war mit ihrer vergangenen Form noch zehn Jahre zuvor. Die Arbeitsprozesse wurden immer kleinteiliger und einfacher. Die Arbeit wurde humaner und die Menschen rückten mehr und mehr in den Mittelpunkt der Wahrnehmung. Bis heute halten Veränderungen in unser Arbeitsleben Einzug, die sich auch auf unsere Lebenswelt auswirken. Besonders die Wahrnehmung von Gesundheit und der Schutz des Mitarbeiters **1** waren Neuerungen, die weitreichende Folgen für die Entwicklung der Menschen hatten. Betriebsräte sorgten für die Wahrung der Rechte der Arbeitnehmer und setzten diese, wenn nötig, gegenüber dem Arbeitgeber oder auf juristischer Ebene durch. Dieses Denken des Selbstschutzes, der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und die Gesunderhaltung hielten mehr und mehr Einzug in die gesellschaftlichen Ebenen. Zunehmend bildete sich ein Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung heraus und die ersten Krankenkassen konstituierten sich. Die Menschen hatten nun Rechte bezogen auf ihre Gesundheitsversorgung, die sich immer mehr in der Bevölkerung etablierten. Der Fortschritt breitete sich in allen Segmenten des gesellschaftlichen Lebens aus. Auch im medizinischen Bereich entwickelten sich die Innovationen stetig und optimierten die Versorgung der Menschen zunehmend. Dabei wuchs nicht nur die Ausdifferenzierung durch die technischen Möglichkeiten, auch die Handhabung dieser Techniken veränderte die damit verbundenen Berufsfelder. Pflegende, Ärzte **2** und medizinisches Personal standen vor beachtlichen Anforderungen hinsichtlich der Beherrschung dieser technischen Möglichkeiten in der Versorgung der Patienten. Auch in der heutigen Zeit können wir diese Veränderung maßgeblich beobachten und in unserem eigenen Versorgungssystem wahrnehmen.

Die technischen Neuerungen veränderten auch die Diagnostik, die wesentlich feiner und detaillierter erfolgen konnte, aber auch die therapeutischen Möglichkeiten potenzierten sich in den verschiedensten Bereichen in hoher Geschwindigkeit. Die Menschen erhielten dadurch Zugang zu verschiedensten neuartigen Therapiemöglichkeiten. Dabei wurden durch die verstärkten Komplexitäten auch Antinomien in der Gesellschaft gefördert. Therapiemöglichkeit steht wirtschaftlichen Zwängen gegenüber, Globalisierung steht der Nachhaltigkeit gegenüber und verstärkte Mobilität der Reduzierung des Co₂-Ausstoßes.

1 Im Text wird nur die männliche Form gewählt. Dies ist nicht geschlechtsspezifisch gemeint, sondern erfolgt ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit.

2 Im Folgenden werden die Begrifflichkeiten Arzt und Mediziner und Behandler äquivalent verwendet, ebenso Klient und Patient.

Lange Zeit war die Rolle des Mediziners die des Diagnostikers, aber auch die des Abwägenden der Therapiemöglichkeiten. Der Patient wurde hierbei kaum eingebunden, da dessen allgemeines Mitspracherecht noch keine Rolle spielte. Dies konstituierte sich erst nach und nach. Den heutigen Forderungen nach einer Behandlung auf Augenhöhe, dem mündigen Patienten oder der partizipativen Entscheidung in medizinischen Behandlungsprozessen liegt ein langer Veränderungsprozess zugrunde, der die Beziehung zwischen Arzt und Patienten maßgeblich verändert hat und an diese Beziehung neue Herausforderungen formuliert, wie es auch Sawatzki (2018) betont. Ein weiterer Entwicklungsprozess, der parallel stattfand und weitreichende Auswirkungen auf die gesellschaftliche Lebenswelt hatte, ist die Entwicklung der Medien. Stellten noch zu Zeiten der Industrialisierung der Fernseher und das Radio die zentrale Informationsverbreitung dar, stehen wir heute einer Vielzahl von Anbietern, Endgeräten und Medien gegenüber. Die Auswahl des Konsumenten hinsichtlich des Endgerätes ist noch die kleinste verglichen mit dem Angebot an Informationen, die auf die interessierte Person einfließen, die nach bestimmten Antworten sucht, ist enorm und nur schwierig zu filtern. Seriöse von nicht-seriösen Quellen zu unterscheiden ist nicht jedem Anwender möglich. Hinzu kommen die verschiedenen Algorithmen, welche die Antworten auf Basis der vorab gefilterten Daten beeinflussen und somit die Glaubwürdigkeit von Quellen infrage stellen lassen. Wird nun das Internet angewendet, um sich über ein medizinisches Problem zu informieren, erhält man umfangreiche Antworten, die sich von absolut unrealistisch bis hin zu medizinisch vollkommen korrekt darstellen. Unrealistische Antworten können ggf. gut vom Konsumenten verstanden werden und das medizinisch Korrekte eher weniger, aufgrund der medizinischen Fachsprache. Es besteht also die Gefahr, dass die Quellenlage so aufgenommen wird, dass nicht die sachlich-realistische Antwort konsumiert wird, sondern eher Fehlinformationen aufgenommen werden, da diese leichter zugänglich für das breite Publikum sind. (Wallner 2018)

Es zeigt sich somit, dass auch die Rolle des Patienten durch die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse stark geprägt ist. Folgte der Patient noch vor geraumer Zeit den Anweisungen des Mediziners relativ widerspruchlos und führte die für ihn erarbeitete Therapie folgsam durch, so ist der Patient heute damit konfrontiert, dass er sich in den Behandlungsprozess und die Therapiewahl mit einbringen soll und aktiv an Entscheidungsprozessen beteiligt werden soll. Das führt dazu, dass eine gewisse Informationslage beim Patienten vorausgesetzt wird. Dieser hingegen ist im ärztlichen Gespräch nicht nur mit der Aufnahme von sachlichen Fakten konfrontiert, sondern auch mit emotionalen Belastungen, die durch die gesundheitliche Störung ausgelöst wurden, die ihn dazu gebracht hat, den Mediziner aufzusuchen. (Sawatzki 2018)

Die Realität der gesundheitlichen Störung des Patienten ist nur für diesen in Gänze ersichtlich und kann sich dem Behandler nur zum Teil offenbaren. Diese in der Kommunikation nicht vollständig zu übersetzende Situation trifft dann auf die medizinische Sachlichkeit, die nach klar strukturierten Verfahren abläuft. Der Mediziner steht in diesem System ebenfalls als Übersetzer. Er informiert den Patienten über die Diagnostik, die Therapie und die

wahrscheinlich zu erreichenden Endzustände mit dessen gesundheitlicher Störung. Zwischen diesen beiden Kommunikationsebenen stehen die benannten emotionalen Belastungen, die dazu führen können, dass das Gespräch vom Patienten anders aufgenommen wird, als der Mediziner es beabsichtigt.

1.2 Einfluss auf die Lebenswelt

Die beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen führten zur starken Ausdifferenzierung der bestehenden Subsysteme. Beispielhaft ist hierfür der Automobilmarkt. Zu Zeiten von Berta Benz (1849–1944) gab es noch keine Optionen hinsichtlich der Markenwahl oder gar des Serientyps. Es gab diesen einen und vor allem ersten Benz-Patent-Motorwagen Nummer 3, mit dem sie die erste Testfahrt durchführte. Durch diese Pionierin der Automobilbranche etablierte sich die Akzeptanz des Automobils und der Grundstein für die rasante Entwicklung des Automobilmarktes wurde gelegt. Besteht in der heutigen Zeit ein Interesse an einem Automobil, so hat der Interessent eine Vielzahl an Fragen hinsichtlich der Auswahl des richtigen Modells für seine Bedürfnisse und Anforderungen zu beantworten. Hierfür hat der interessierte Käufer die Möglichkeit, sich mithilfe von Printmedien, durch Fernseh- und Radiobeiträge und im Internet zu informieren. Auch die Beratung durch einen Fachverkäufer ist möglich. Es steht ihm also eine Vielzahl von Zugängen zu den gesuchten Informationen zur Verfügung, die verstanden und auf das Anliegen hin spezifisch gefiltert werden müssen, um eine adäquate und spezifische Auswahl bezüglich des Automobils treffen zu können. (Mercedes Benz Group Media 2008)

Dieser beispielhafte Ansatz verdeutlicht, wie sich Ausdifferenzierungen in allen Lebensbereichen konstituiert haben und vor welchen Herausforderungen die Menschen im täglichen Handeln stehen. Doch was passiert mit Personen, die mit den unterschiedlichen Informationen hinsichtlich einer Auswahl überfordert und nicht in der Lage sind, die Daten nach Sachlichkeit, Richtigkeit, Neutralität und Relevanz zu filtern? Oder Personen, die nicht in der Lage sind, die Informationen, die sie benötigen, überhaupt einzuholen? Weiterhin besteht eine massive Bedrohung durch Fehlinformationen. Es besteht weiterhin die Gefahr von Fehlentscheidungen, die durch die Fehlinformationen begründet sind, und es besteht die Gefahr des Austretens aus der Informationssuche und der Resignation mit der zu verändernden Situation. Ratlosigkeit, Frustration und emotionale Belastungen können die Folge sein. (Wallner 2018)

1.3 Bedeutung von Unterstützung in der Lebenswelt

Die stetig wachsende Optionenvielfalt in allen Lebensbereichen und die damit verbundene individualisierte und spezifische Auswahl verursacht Druck und Belastungen für den Auswählenden. Alle für eine Entscheidung notwendigen Kriterien auf Richtigkeit zu prüfen und einzuschätzen birgt die Gefahr der Fehlentscheidungen. Diese mögen kaum oder wenig Folgen beim Erwerb eines falschen Abendessens, aber weitreichende Auswirkungen bei einer Behandlungsentscheidung im medizinischen Kontext haben. Neben körperlichen

Auswirkungen kommen gerade im zahnmedizinischen Bereich zum Teil beachtliche finanzielle Belastungen auf einen Patienten zu. Zahlreiche Beeinflussungen prägen die Optionenwahl, die im zahnmedizinischen Kontext beim Nachbarn anfangen und sich über das Internet, die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel, den familiären Einfluss bis hin zum Behandler erstrecken können. Jeder dieser beeinflussenden Faktoren bringt seine (vermeintliche) Expertise mit sich, die beim Auswählenden aufgenommen und ggf. mit in die Entscheidung einbezogen wird. Beratung ist ein Schlüsselinstrument, um die Alltagsherausforderungen der Menschen unterstützend zu begleiten. Beratung ist eine Methode, die auf der einen Seite eine Unterstützung für die individuelle Entscheidung des Einzelnen bieten kann, aber auch aus gesellschaftlichen Herausforderungen erwächst und auf diese mit ihrer Entstehung reagiert. Dabei kann sie eine Orientierungshilfe und ein Loste im jeweiligen System oder systemübergreifend sein. (Sawatzki 2018)

Bereits in den schriftlosen Gesellschaftsformen wurden Schamanen und Heiler (siehe auch Kapitel 2.1) von den Menschen aufgesucht, um Unterstützung bei der Problemlösung oder der Heilung zu erhalten. Dabei wurden die helfenden Instanzen von der Gesellschaft als die Persönlichkeiten wahrgenommen, welche die Ideale und Normen der sozialen Strukturen und kulturellen Begebenheiten verstanden, beherrschten und diese anderen vermitteln konnten. Gesellschaftliche und individuelle Entwicklungen gehen einher mit Innovationen und Veränderungen, die Unsicherheiten auslösen und Individualisierung begründen. Dies liegt im Aufbrechen tradierter sozialer und kultureller Konstrukte, der Veränderung von Sinnzusammenhängen und der Entstrukturierung der gewohnten lebensweltlichen Abläufe. Die asymmetrische helfende Beziehung, also die zwischen Helfendem und Hilfesuchendem, griff und greift überall dort in gesellschaftliche Strukturen, wo Unsicherheit, Angst, Sorge und Hilflosigkeit die individuelle oder kollektive Stabilität zu stören und zu beeinflussen drohen. Dabei steht der Helfer als Symbol für die Beherrschbarkeit von Störungen und die Anpassung an kulturelle und soziale Wertvorstellungen und die Einbindung des Einzelnen zurück in die gesellschaftlichen Strukturen. Damals wie heute. (Beck 1986; Dick 2016; Herriger 1997; Schmidbauer 2018)

1.4 Forschungsvorhaben

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Thema der Beratung am Beispiel der zahnmedizinischen Patientenberatung. Die aufgeführte steigende Komplexität in den Alltagsherausforderungen der Menschen lässt sich auch im medizinischen Kontext konstatieren. Neben der Komplexität und Optionenvielfalt in den Behandlungswegen ist auch die Verlagerung von Risiken auf die Patienten ein zu beobachtendes Phänomen der letzten Jahrzehnte. Um dieser Risikoverlagerung entgegenzuwirken, wurden verschiedene Instrumente initialisiert, um den Patienten in seiner Entscheidung zu stärken. Dabei sollen an dieser Stelle das Patientenrechtgesetz, die Forderungen der Kommunikation auf Augenhöhe, die partizipative Entscheidung und das Shared Decision Making (SDM) nur eine kurze Erwähnung finden und an anderer Stelle einer vertiefenden Betrachtung unterzogen werden (siehe hierzu auch Kapitel 4).

Jedes dieser Instrumente bietet für sich einen effizienten Ansatz zur Stärkung der Rechte der Patienten und eine verstärkte Einbindung dieser in die Entscheidungsprozesse, allerdings steigt die Komplexität in der Behandlungssituation und darüber hinaus mit dieser Implementierung weiter an.

Die zahnmedizinische Patientenberatung wurde durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu Beginn der 1990er-Jahre etabliert und von der zahnärztlichen Selbstverwaltung ehrenamtlich erbracht. Ziel war es, die Patienten in ihren Herausforderungen und Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Behandlungssituation zu beraten. Dieses Beratungssetting ist Gegenstand der vorliegenden Forschungsarbeit. Die hier präsentierten Daten wurden seit 2013 in Form von Gruppendiskussionen erhoben. Neben der induktiven Segmentanalyse wurden aus dem Datenmaterial 48 Fälle extrahiert, die einen Beratungsverlauf abbilden. Diese Fälle wurden hinsichtlich ihrer Transaktionen zwischen den Beteiligten analysiert. Es wurden qualitative episodische Interviews mit Patienten geführt (die Zustimmung der Ethikkommission der Otto-von-Guericke-Universität wurde eingeholt – siehe Anlage I). Diese Methodentriangulation wurde abgerundet durch den Einsatz eines quantitativen Fragebogens, der von zahnmedizinischen Behandlern ausgefüllt wurde.

Die an das Material gestellten und die vorliegende Arbeit flankierenden Forschungsfragen wurden bereits zu Beginn der Untersuchung im Jahr 2015 formuliert, da aus den ersten Ergebnissen und Publikationen die Erkenntnis gewonnen wurde, dass ein Beratungsprozess eine besondere Form der Kommunikation darstellt, die verdeckte immanente Auswirkungen beim Klienten/Patienten erzeugt. Im Detail lauteten diese Fragen wie folgt:

- Welche Bedeutsamkeiten der Patientenberatung lassen sich im Allgemeinen und bezogen auf die Situation der Klienten identifizieren?
- Welche Besonderheiten der Patientenberatung lassen sich bezogen auf die Arzt-Patienten-Beziehung konstatieren?
- Welche Aspekte der Patientenberatung können bei weiteren Beteiligten des Gesundheitssystems konstatiert werden?

Mit dem interdisziplinären Ansatz der vorliegenden Forschungsarbeit, der Methodentriangulation und der triangulieren Auswertungsmethode wurde versucht, einen möglichst umfänglichen und vertiefenden Blick auf das Forschungsfeld zu werfen, der allerdings dem Anspruch auf Vollständigkeit nicht gerecht werden kann.

2. Das Gesundheitssystem und seine Akteure

2.1 Die Entwicklung von Medizin und Gesundheitssystem

Medizinische Versorgung in ihrem Ursprung zu determinieren ist kaum möglich, da es Krankheiten und Verletzungen gibt, seit es den Menschen gibt. Dennoch etablierten sich aus den individuellen Versorgungsentwicklungen bezogen auf Regionen, Religionen und Völker verschiedene Stränge, die eine exemplarische Betrachtung erlauben.

Die Chinesische Medizin ist als eines der ältesten Versorgungssysteme zu nennen. Sie weist eine weitreichende Dokumentation auf und es ist möglich, sie in das erste vorchristliche Jahrtausend zu datieren, das geprägt war durch die Lehren des Konfuzius (551–479). In diesem Kontext ist noch von einer magischen Medizin zu sprechen, die auf Ahnen- und Dämonenheilkunde zurückzuführen ist und selbst als die Zeit der „Heilkonzepte der systematischen Entsprechung“ zu betiteln ist. Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ist eine Heilkunde, die auch in der heutigen Zeit Teil des Versorgungssystems ist. Sie wird von Ärzten der klassischen Humanmedizin mit entsprechender Ausbildung ausgeübt und abgerechnet. Bereits im 17. Jahrhundert kam es durch jesuitische Priester und Schifffahrer zum Austausch der chinesischen und westlichen medizinischen Ansätze. Die bis in das zweite vorchristliche Jahrtausend belegte altindische Medizin ist auf die Religion der Weden zurückzuführen und gut dokumentiert. Diese Schriften berichten sowohl von magischen Aspekten als auch von Heilgöttern. Pharmakopöe wurden und werden auch in dieser medizinischen Richtung beschrieben und angewendet. Die Grundlage der indischen Medizin bilden die Abhandlungen „Susruta, Chraka, Vagbhata“, wobei auch hierbei Teilaspekte in der heutigen Gesellschaft große Anerkennung erleben. Erwähnt seien die „Ayurveda Medizin“ und die „Yoga Meditation“. (Eckart 2009)

Das heutige medizinische Verständnis basiert auf griechisch-römischen Grundverständnissen, die zurückzuführen sind auf das 7. bis 5. Jahrhundert v. Chr. Anfangs standen noch medizinische Konzepte unter der Annahme des göttlichen Einflusses auf das menschliche Leben im Fokus. Ein zweiter Strang in dieser Epoche war die „Asklepios Heilkultur“, die begründet war durch ein rationales Verständnis des Menschlichen und eine wissenschaftliche Fundierung. Unterlegt waren die medizinischen Stile der griechisch-römischen Zeit mit einem grundsätzlichen philosophischen Verständnis von Menschen und Krankheit. Die sogenannte „Qualitätenpathologie“ definiert Krankheit als eine disharmonische Mischung der vier Grundelemente – Feuer, Wasser, Luft und Erde – und der vier Elementarqualitäten – warm, feucht, trocken, kalt. Basierend auf diesem philosophischen Verständnis konstituierten sich die medizinischen Grundlagen von Kos und die damit verbundene hippokratische Medizin, welche nach ihrem Begründer, Hippokrates von Kos (ca. 460–375 v. Chr.), benannt ist. Durch ihn wurde das „Corpus Hippocraticum“ geschaffen, eine noch heute bedeutsame Schriftensammlung der damals vorherrschenden medizinischen Grundannahmen. Dieser Zeit

entstammt ebenfalls die „Hippokratische Eidesformel³“. Die hippokratische Medizin stellte den Kranken, seine Lebensbedingungen und seine Umwelt in den Mittelpunkt und konstituierte sich erstmals als eine dokumentarische Methode, die durch das Festhalten von Krankheitsgeschichte, Prognose und Therapie eine erste empirische Vergleichbarkeit erlaubte. (Eckart 2009)

Diese erste, durch Rollen besetzte und nicht mehr nur durch Mythologien begründete Trennung von ärztlichem Handeln und ausführender Person sowie die zunehmende Dokumentation und damit auch Verwissenschaftlichung von medizinischen Prozessen setzte sich fort und führte zu einer ersten Institutionalisierung von medizinischer Behandlung durch ausgewählte Personen. Im europäischen Mittelalter konstituierten sich neben den Hebammen, Badern, Scharfrichtern, Kräuterfrauen und bestimmten Handwerkern besonders die Klöster als Ort der medizinischen Behandlung, an dem einem religiösen Verständnis von Medizin gefolgt wurde. Um 1130 findet durch das „Konzil von Clermont“ eine erste Begründung von ärztlicher Ausbildung und Prüfung an Universitäten statt. Diese ärztliche Ausbildung sah den Arzt mit universitärer Prüfung allerdings nicht als behandelnden, sondern als einen Arzt des Gelehrtenstandes, der eher zur Begutachtung von medizinischen Problemen

3 Hippokratischer Eid ohne Abwandlung: „Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde: Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, sonst aber niemanden. Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen. Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind. In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheim halten. Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.“ (Wolflast und Conrads 2001, S. 3)

herangezogen wurde und deren Behandlung anderen Heilpersonen (später benannt und anerkannt als Chirurgen) überließ.

Im 19. Jahrhundert erfolgte dann eine Reform des Prüfungswesens im universitären Kontext. Die Trennung zwischen chirurgischem und ärztlichem Handeln wurde aufgehoben und einheitliche ärztliche Standards mit wissenschaftlicher Fundierung und praktischer Ausbildung waren begründet. Mitte des 19. Jahrhunderts erfolgte eine weitere Spezifizierung des Arztberufes durch die Einführung des ärztlichen „Einheitsstands“ in Preußen. Flankiert wurde diese Entwicklung durch die Zuordnung anderer Heilberufe als nicht-ärztliche Tätigkeit und die Durchsetzung des Behandlungsmonopols der Ärzteschaft, was ausschließlich ärztliche Aufgaben definierte. Die Anpassung des „Einheitsstandes“ regelte dann die Abgrenzung anderer gesundheitsbezogener Berufe von der Ärzteschaft und unterwarf dieser die genaue Zuständigkeitsbegrenzung und Kontrolle. (Mayntz et al. 1988)

Nach der Etablierung der Rolle des Arztes und seines Berufsbildes begründeten sich erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts die Strukturen des heutigen gesamtheitlichen Gesundheitswesens mit seinen Kammern, Kassen und Verbänden. Dabei sind zwei Gruppen mit unterschiedlichen Interessensgruppen zu betrachten: die patientenorientierten Krankenkassen und die Verbände, die das standespolitische Handeln der Gesundheitsdienstleistenden in den Mittelpunkt stellen. Es entstanden vorerst Vereine aus ärztlichen Gruppen heraus, die ihre Fragestellungen hinsichtlich gesundheitlicher und sozialpolitischer Natur in diesen Vereinen diskutieren konnten, wissenschaftliche Erkenntnisse teilen und Innovationen vorantrieben. Aus diesen Vereinen heraus kam in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Forderung nach einer anerkannten Standesvertretung in Form einer Ärztekammer auf. Ziel war es, in organisierter Form eine Mitbestimmung der staatlichen Gesundheitspolitik zu erzeugen. Außer der Vertretung der ärztlichen Interessen diente diese Instanz als Treiber in den verschiedenen Reformdebatten im öffentlichen Gesundheitssystem und sie verfolgte zudem einen staatlichen Auftrag. Die Ärzteschaft untersteht neben dem ärztlichen Auftrag der öffentlichen Gesundheitspflege auch einem ökonomischen Interesse. Dieses Interesse begründet sich in einem Verdienstbestreben, das den Leistungen entsprechenden angesetzt wird und einem Mediziner ein berufliches Bestehen garantiert. Aus dem 1883 formulierten Krankenversicherungsgesetz begründeten sich die Krankenkassen als Verhandlungspartner zwischen Ärzteschaft und Patienten und ihren Interessen. Neben diesen patientenorientierten Vertretungsinstanzen existiert bis heute der „Hartmannbund“ (früher als Leipziger Verband bezeichnet), der zur Wahrung der sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Interessen von Ärzten, Zahnärzten und Medizinstudenten eintritt. (Mayntz et al. 1988)

Aus diesem komprimierten Überblick über die Entwicklung des Gesundheitssystems wird ersichtlich, dass es eines der ausdifferenziertesten Teilsysteme der heutigen Gesellschaft darstellt, was auch Mayntz et al. (1988) in ihren Ausführungen betonen.

2.2 Entwicklung der Zahnmedizin

Die historische Entwicklung der Zahnmedizin ist eng an die der Medizin gekoppelt. Im Zuge der Reform des „Einheitsstandes“ im 19. Jahrhundert wurde die Zahnmedizin den Wundärzten zweiter Klasse zugeordnet und oftmals von handwerklichen Berufsständen oder Badern ausgeführt. In der weiteren Entwicklung dieser Profession folgte eine Differenzierung zwischen Dentisten und Zahnmedizinern, wobei Dentisten die Handwerker und Zahnmediziner die Gelehrten in diesem Konstrukt darstellten. Beide Gruppen erfuhren von ihren medizinischen Kollegen keinerlei Anerkennung. Mitte und Ende des 19. Jahrhunderts schritt die Professionalisierung und Akademisierung des Berufsstandes wesentlich voran. Eine erste Professur wurde begründet, eine Forderung nach höherer Schulbildung und die Pläne hinsichtlich eines ersten Ausbildungscurriculums wurden umgesetzt. Auch in diesem Berufsstand gründeten sich zur Interessensvertretung und zur internen Qualitätssicherung Vereine und Verbände. Mit der zeitgleichen Anerkennung der Chirurgie als akademisch fundierte Wissenschaft etablierte sich die Zahnmedizin mehr und mehr als fundiertes akademisches Fach.

Der Dualismus zwischen Zahnmedizin und Dentisten fand 1952 sein Ende. Die Zahntechniker zählten von da an zum zahnärztlichen Berufsstand und erhielten ab 1955 eine akademische Ausbildung. Ebenfalls 1952 wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen dieser Profession durch die Begründung des Zahnheilkundegesetzes fixiert. Dieses verpflichtete den Zahnarzt [...] zur wissenschaftlichen Begründung seines Eingriffs und wies der Zahnärzteschaft den Auftrag zu, die zahnärztliche Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung sicherzustellen“. (Jacob und Walther 2016, S. 489)

Die in Deutschland etablierten Krankenkassen stehen auch für Zahnmediziner und Patienten im Kontext der ökonomischen Klärung von Behandlungen zur Verfügung. Kassenzahnärztliche Vereinigungen reglementieren den reibungslosen Versorgungsverlauf und die Zahnärztekammern stehen ein, als Interessensvertretung der Zahnmediziner in einer selbstverwaltenden Körperschaft. (Kuhlmann E. 1996)

2.3 Rolle des Arztes im Gesundheitssystem

Die Rolle des Arztes im Gesundheitswesen ist, vereinfacht gesprochen, leicht zu beschreiben:

„Er soll Krankheiten erkennen und heilen, Beschwerden lindern und das Leben verlängern“. (Jonitz 1999, o. S.)

Mit der historischen Entwicklung des Gesundheitssystems ist untrennbar die des Arztes verbunden und diese Rolle kann als weitaus differenzierter beschrieben werden, als Jonitz (1999) es eingangs in seinem Text vorgenommen hat. Der als Heiler bis in das 18. Jahrhundert hinein bezeichnete Experte von heilenden Maßnahmen für das eingeschränkte Leistungsvermögen und Wohlbefinden war zugleich Partner und Begleiter in dieser für den

Menschen bedrohlichen Situation. Diese Begleitung brachte eine Vielzahl von Ritualen und Traditionen bei der Behandlung von Menschen mit sich und stellte die Konsultation in den Mittelpunkt. Vereinzelt erzeugen diese Rituale und Traditionen heute das Bild einer Inszenierung, aber sie stellten den Erkrankten in den Mittelpunkt, ähnlich wie die Visite in der heutigen Zeit. Es lässt sich bereits in dieser einführenden Betrachtung erkennen, dass ein Arzt (damals als Heiler bezeichnet) eine Funktion hinter der vermeintlich reinen Behandlung von Krankheiten hatte. (Jonitz 1999)

Donner-Banzhoff (2012) betont in seiner historischen Betrachtung der Rolle des Mediziners entsprechend der Entwicklung des Gesundheitssystems eine Veränderung hinsichtlich der Funktion im 18. und 19. Jahrhundert. Das Trennen von ärztlichem Handeln und ausführender Person, wie es zwischen Ärzten und Wundärzten ersten und zweiten Grades gehandhabt wurde, führte zu einer Art „Detektiv-Funktion“ des Arztes. Die damals vorherrschende Tätigkeitsordnung sah die Beobachtung und Beschreibung von Krankheit als Hauptfunktion des Mediziners vor. Die tatsächliche Umsetzung der Behandlung wurde den Wundärzten zugeschrieben. Beobachtung wurde systematisch und pragmatisch, Kommunikation und Inszenierung wichen und das wissenschaftliche Verständnis wuchs zunehmend. Die fortschreitende Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems führte dazu, dass der Arzt die Funktion eines Lotsen oder, wie bei Donner-Banzhoff bezeichnet, „Gatekeeper“ einnahm. Neben der diagnostischen Arbeit zeigte der Arzt weitere Zugänge in das Gesundheitssystem auf. Das auf Solidarität ausgerichtete Gesundheitssystem eröffnete eine Vielzahl von therapeutischen Maßnahmen. Die zielgerichtete Vermittlung in diese Angebote und die Prüfung der Berechtigung zur Nutzung dieser Maßnahmen benötigte einen „Türöffner“, um Benachteiligung auszuschließen. Mit der „Gatekeeper-Funktion“ wandelten sich die Anforderungen an den Mediziner auch aufgrund einer veränderten Patientensicht auf dessen Rolle. Die Patientenzentrierung wurde immer bedeutsamer. Die Abkehr von paternalistischen Entscheidungen, die Einbindung des Patienten in die Optionenauswahl und eine veränderte Kommunikation von Arzt und Patient waren die Folge.

In der Abbildung 1 werden die benannten Entwicklungsstufen, in Verbindung mit den historischen Dimensionen dargestellt und verdeutlicht. (Donner-Banzhoff 2012)

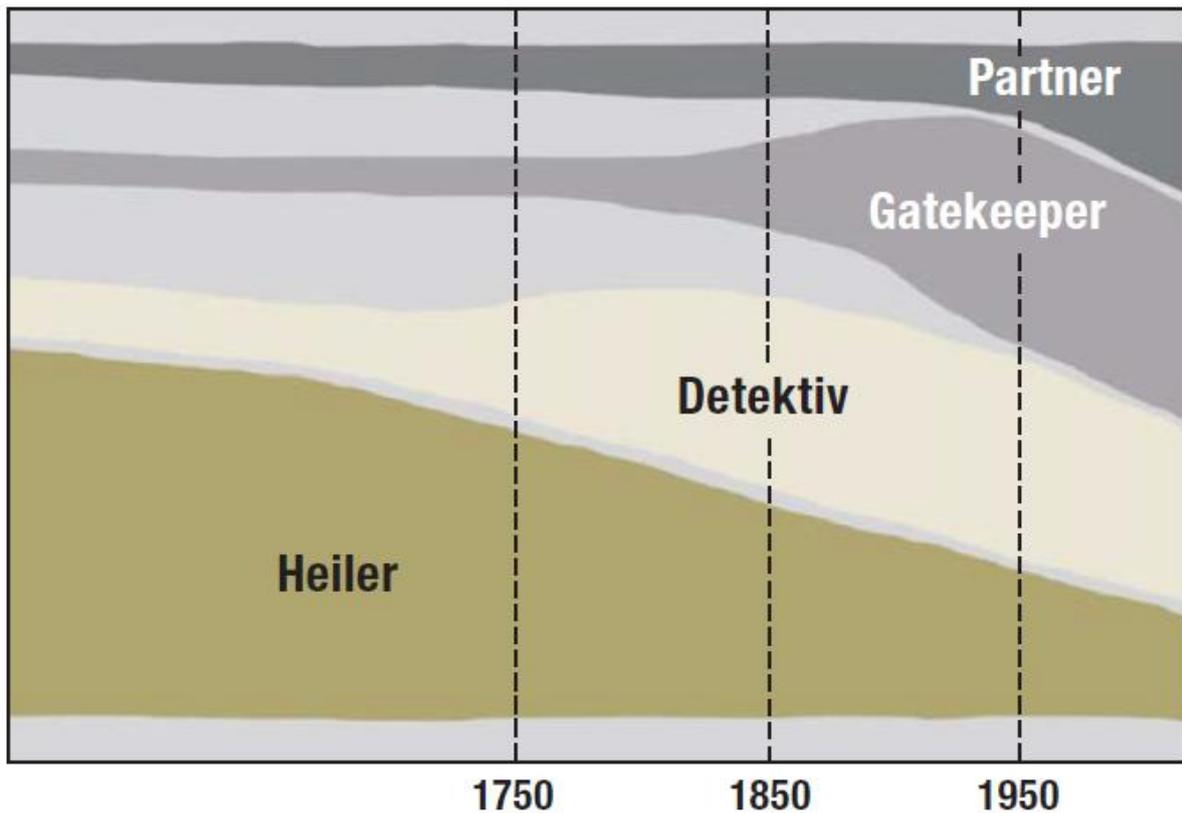


Abbildung 1: Schichtmodell in historischen Dimensionen (Donner-Banzhoff 2012)

Dieses noch heute vorherrschende Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung wird in Kapitel 2.5 ausführlich behandelt und daher an dieser Stelle nur verkürzt betrachtet. Die von Donner-Banzhoff (2012) formulierten und historisch gewachsenen Funktionen können durch die Anforderungen und Verpflichtungen von Jonitz (1999) verdichtet werden, was die Ausdifferenzierung des ärztlichen Berufes verdeutlicht. Jonitz (1999) beschreibt die Rolle des Arztes als eine Schlüsselrolle im Gesundheitssystem, die einer starken sozialen Verpflichtung unterliegt. Die Macht des Arztes definiert sich durch sein medizinisches Wissen und das Entscheiden von Krankheit und Gesundheit bei Patienten. Diese zieht monetäre Folgen für das Gesundheitssystem nach sich und kann physische und psychische Folgen für den Patienten bringen (auch finanzielle Auswirkungen, besonders im Kontext einer zahnmedizinischen Behandlung), als auch Auswirkungen für die Qualität der Profession selbst aufweist, da das ärztliche Handeln eine subjektive Bewertung des Patienten auf das Bild des Mediziners hinterlässt. Neben dieser Macht steht der Arzt auch der Anforderung des stetigen Lernens und Weiterbildens gegenüber. Eine andauernde Bereitschaft, sich an die aktuellen Entwicklungen im medizinischen Kontext anzupassen und sich in den erfahrungsbasierten Austausch mit Kollegen zu begeben, setzt dieser Berufsstand voraus. Diese Voraussetzung ist in der Weiterbildungsordnung (für die Ausbildung zum Fachzahnarzt) der Landes Zahnärztekammern fixiert. Auch die punktorientierte Fortbildungsverpflichtung der praktizierenden Zahnmediziner wird durch Veranstaltungen und Weiterbildungen seitens der Kammern umgesetzt und ist der KZV unterworfen. (Jacob und Walther 2016)

Weiterhin wird Zeit für den Patienten als eine Anforderung benannt, die einen wesentlichen Beitrag für eine gute Behandlung leistet und ein Qualitätsmerkmal im gesellschaftlichen und professionsinternen Kontext darstellt. Eben das Qualitätsverständnis, also die Evaluation bzw. das Feedback, muss der Arzt bereit sein, für sich und sein Handlungsumfeld einzuholen. Das ständige Prüfen von Ist- und Soll-Zuständen und das Prüfen der eigenen Arbeit obliegt ebenfalls dem Mediziner in seinem täglichen Handeln. Mitsprache und leistungsgerechte Bezahlung bedarf es, um das Bild dieses Berufes in einem guten und respektablen Zustand zu halten. (Jonitz 1999, o. S.)

Weitere Determinanten des ärztlichen Anforderungsprofils zeigen sich deutlich bei der Betrachtung organisatorischer und ökonomischer Aspekte, den Normen der Arztrolle und auch bei der Betrachtung medizinethischer Aspekte.

Neben verschiedenen Qualitätsanforderungen, Anforderungen an Behandlung und Umgang mit dem Patienten und dem Blick auf das wirtschaftliche Handeln steht für den Zahnmediziner der Schmerz des Patienten bzw. die Salutogenese seiner Mundgesundheit an erster Stelle. Die durch Schmerzen verursachte Irritation kann eine kleine Störung als Ursache haben, aber auch umfangreiche Eingriffe verlangen, die neben finanziellen Belastungen vor allem existenzielle Ängste beim Patienten auslösen können. Die in seiner Profession beschriebenen Erwartungen und Anforderungen der Gesellschaft an seine Handlung unterliegen oftmals einer technischen Beschreibung und Begründung. Sie bringen durch die Intimität der Behandlung im Mundbereich aber auch psychische Unsicherheiten oder Belastungen in der Therapie mit sich, was wiederum Anforderungen an die kommunikativen und Empathie bezogenen Kompetenzen des Zahnmediziners stellt. (Jacob und Walther 2016)

Es eröffnet sich in diesen Ausführungen bereits ein Spannungsbild hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit. Wachsender ökonomischer Druck verringert die Möglichkeit von Aus- und Weiterbildung, verringert die aktive Zeit mit dem Patienten und auch die Möglichkeit zur Prüfung der eigenen Tätigkeit und Optimierung. Die Entscheidungsmacht von Krankheit oder Gesundheit des Patienten und die damit verbundene Therapiewahl unterliegt häufig eher wirtschaftlichen Interessen und Machbarkeiten als der tatsächlichen Prüfung der Notwendigkeit. Das Bild des Mediziners im Spannungsfeld von wirtschaftlichen Interessen, Anspruch an die Patientenversorgung und Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen und die anfängliche Diskussion dieser Thematik wird im Verlauf der vorliegenden Arbeit an unterschiedlichen Stellen fortgesetzt.

2.4 Die Rolle des Patienten im Gesundheitssystem

„Patient, when used in a medical context today, is a noticeably odd word since many of its uses convey a sense that is almost the opposite of the one that it originally signified. As a nonmedical term, its continuity of meaning is striking. It first appeared in English as an adjective in the 14th century from the French and ultimately the Latin in which language it

expressed the idea of enduring hardship. Patient has also long been associated with virtues such as being tolerant, obedient, and painstaking. But from its first appearance, patient also figured as a noun, meaning a person bearing difficulties without complaint. It was not much of a jump from there for the word to signify a person with an injury or disease and from there to mean one undergoing medical treatment.“ (Lawrence 2008)

„A person under health care. The person may be waiting for this care or may be receiving it or may have already received it. There is considerable lack of agreement about the precise meaning of the term ‚patient‘.“ (Stöppler 2022)

Die Definition des Wortes Patient und die damit verbundene Beschreibung dieses Subjektes hängt von der historischen, aber auch von der fachlichen Betrachtung ab, wie es die zu Beginn des Kapitels angeführten Definitionen aufzeigen. Dabei kann grundsätzlich festgehalten werden, dass für diese Begrifflichkeit keine einheitliche Definition vorherrscht. Historisch begründet beschreibt dieses Wort, wie in der ersten Definition, anfangs ein Subjekt, das sich im Aushalten von Leiden beschreiben lässt, mit einem frommen, demütigen Verhalten. Diese Definition ist allerdings nicht abzugrenzen von Krankheit, sondern bezieht sich auf alle zu erlebenden Leiden, die Menschen im biografischen Kontext widerfahren können. Erst mit der Konstitution des Mediziners und des Gesundheitswesens wurde dieses Leiden genauer determiniert und mit körperlichen Leiden und explizit mit Krankheiten in Verbindung gebracht. Die in Krankenhäusern stationär untergebrachten Personen wurden Ende des 19. Jahrhunderts vermehrt als „Patienten“ betitelt. In diesem Kontext wurde diese Gruppe von Menschen als Empfänger medizinischer Versorgung auch als statistische Größe gefasst. Diese Betrachtung erhielt signifikante Bedeutung mit dem Erwachen des Gesundheitssystems und dem Verständnis der Medizin als gesellschaftliche Verantwortung, ebenso die volkswirtschaftliche Betrachtung, also die des gesunden Bürgers als produktiver Faktor innerhalb einer Gesellschaft. Der Fokus veränderte sich vom gut situierten, zahlenden Patienten, der ärztliche Leistungen in Anspruch nahm, hin zu einem politischen Verständnis von Gesundheit bezogen auf die Gesamtbevölkerung. Jeder Mensch erhielt eine medizinische Versorgung, Ärzte konnten in Niederlassungen aufgesucht werden. Diese volkswirtschaftliche Betrachtung des Patienten unterlag im 21. Jahrhundert einer weiteren Wende.

Die mit der Veränderung der Arbeitsbedingungen nun mehr alternde und gesündere Wohlstandsgesellschaft betrachtete Gesundheit individueller und entwickelte Forderungen nach individuellen Gesundheitsleitungen, denen die Ärzteschaft nachkam. Nicht nur Krankheit und Leiden, sondern auch Lifestyle, Wellness, Sportlichkeit und individuelle Ernährungskonzepte hielten nun Einzug in ärztliche Behandlungen. Die Medizin reagierte auf die Forderungen der Patientenschaft mit individuellen Behandlungskonzepten, die außerhalb der ärztlichen Grundversorgung als z. B. IGEL-Leistung (Individuelle Gesundheitsleistungen) direkt mit ihr abgerechnet werden und nicht mit der jeweiligen Krankenkasse. (Lawrence 2008; Unschuld 2006)

Die Beschreibung der vorangegangenen Veränderungsprozesse zeichnete ein ambivalentes Bild des Patienten. Das paternalistische Modell⁴ in der Arzt-Patienten-Beziehung (im weiteren Verlauf mit APB abgekürzt) wurde von einem Modell abgelöst, das die Forderung nach einem Verhältnis auf Augenhöhe zwischen Arzt und Patienten verlangt. Zugespitzt wird der Patient sogar als Kunde des Mediziners betitelt, was die Behandlung als Dienstleistung suggeriert. Neben dieser Annahme steht die (gesundheits-)politische Forderung nach einem „mündigen Patienten“. Dieser Terminus wird allgemein verstanden als der eigenverantwortliche Patient, der souverän und informiert gemeinsam mit dem Behandler in der Lage ist, Entscheidungen hinsichtlich seiner Therapiewahl zu treffen. Weiterhin wird die Steuerung des Versorgungsgeschehens durch den vor dem Arztbesuch ausreichend informierten Patienten mit diesem Begriff in Verbindung gebracht. Dass diese Titulierung des Patienten und die damit verbundenen Forderungen auch einem kritischen Diskurs unterliegen, wird allein darin deutlich, dass der Patient nicht in der Lage sein könne, ausreichend Informationen zu beschaffen und zu verstehen, wie ein Arzt es eben täte, argumentiert Dietrich (2007).

Neben den unterschiedlichen Beziehungsmodi⁵ in der APB steht doch die Entwicklung des Arztberufes in Abhängigkeit mit der des Patienten. Diese Abhängigkeit und auch die symbiotische Beziehung ist geprägt vom Leid des einen und der Fähigkeit zur Heilung oder Linderung des anderen. Doch auch die Nicht-Heilung und damit verbundene Begleitung und Betreuung von Menschen ist in diese Beziehung einzuordnen. Schweidler (2005) titulierte den Arzt als „unbedingte[n] Anwalt der Kranken“, der vom Patienten aufgesucht, in seine Fürsorge aufgenommen und einer ärztlichen Behandlung ausgesetzt wird, wenn dies sein Leiden lindern könne.

Der Patient kann also Patient sein, weil die Ärzteschaft mit ihrem Berufsethos einen wesentlichen Teil (weiteres pflegendes Personal ist ggf. notwendig) dazu beiträgt, dessen Würde⁶ unabhängig von seinem Zustand zu erhalten. Der Beitrag des Patienten in dieser

⁴ Siehe auch Kapitel 2.5

⁵ Siehe auch Kapitel 2.5

⁶ „Hippokratischer Eid in der Fassung von 1948 (Genfer Gelöbnis) „Bei meiner Aufnahme in den ärztl. Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung u. Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meiner ärztlichen Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern u. Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

Beziehung ist das Aufsuchen und das Entgegenbringen von Vertrauen in die zukünftige medizinische Behandlung des Arztes (Vertrauensvorschuss).

2.5 Arzt und Patient – Bedingung und Beschreibung der Beziehung

Die angeführte historische Betrachtung des Arztes und des Patienten verdeutlicht deren Abhängigkeit. Auch die Spannungsfelder hinsichtlich der Forderung nach Mündigkeit des Patienten und die des Arztes, der unter verschiedenen Belastungen arbeitet, die sich z. B. durch wirtschaftlichen Druck und zeitliche Zwänge äußern, wurden bereits benannt. An dieser Stelle wird die Beziehung des Arztes und des Patienten nochmals im Detail betrachtet, um deren Bedeutung für die Heilung, Therapie – sowohl physisch als auch psychisch bzw. zwischen Seele und Soma – zu verdeutlichen.

Forschungen und Erkenntnisse hinsichtlich der APB haben ihren Ursprung bereits am Ende des 19. Jahrhunderts. Aktualität und genauere Betrachtung erhielt das Thema aber erst seit den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts aufgrund der veränderten Interaktionsebene, die bis in die Mitte des 20. Jahrhundert durch ein paternalistisches Modell geprägt war. In diesem Kontext wurden Diagnose und Therapie vom Behandler entschieden und eine Mitbestimmung durch den Patienten war kein Bestandteil der Arzt-Patienten-Interaktion. Über den Informed Consent⁷ hinaus entwickelten sich erste Modelle und Beschreibungen durch die Arbeit des Murrhardter Kreis⁸, der sich mit dem Arztbild in der Zukunft beschäftigte und im Zuge seiner Arbeit die APB als „[...] als Grundpfeiler der Medizin [...]“ (Begenau et al. 2010, S. 12) bezeichnet.

Die Asymmetrie in der Beziehung von Arzt und Patient ist dieser Beziehung das wichtigste Merkmal und strukturgebend. Dick (2016) beschreibt dies, als die aus der Profession begründete Hilfebeziehung, die durch eine gegenseitige Abhängigkeit von Hilfesuchendem und Helfendem geprägt ist. Diese hermeneutische Beziehung ist geprägt durch die Offenbarung des Einen (Hilfesuchenden) und die Bereitschaft zur Hilfe und der Übernahme des entgegengebrachten Vertrauens des Anderen (Helfenden). Die Wiederherstellung der

Landesärztekammer Hessen – Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland § 1 Abs. (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Bundesministerium der Justiz 2022, o. S.).

⁷ „Der Arzt gibt dem Patienten die Informationen, die für die therapeutische Entscheidung relevant sind. Der Patient erwägt diese Informationen, diskutiert sie gegebenenfalls mit andern und fällt dann die Entscheidung“ (Stollberg 2008, S. 398)

⁸ Arbeitskreis, welcher im Jahre 1988 eine Reform der Arzt-Patienten Beziehung formulierte und diesen Anspruch als Basis der Medizin für die Zukunft sah. Dabei sollten die kommunikativen Fähigkeiten in die Ausbildung der Studierenden verstärkt eingehen und die Arzt-Patienten Beziehung hin zu einem partnerschaftlichen Verhältnis entwickelt werden. (Begenau et al. 2010)

Autonomie des Patienten liegt im Kern dieser Beziehung. Neben dem hermeneutischen Verständnis dieser Beziehung bedarf es einer normativen Rahmung des asymmetrischen Verhältnisses, um das damit verbundene Abhängigkeitsverhältnis vor Missbrauch zu schützen. Beauchamp (2021) zitiert nach Biller-Andorno et al. (2021) formulierte neben dem hippokratischen Eid (1948) (siehe Kapitel 2.4) die folgenden vier Prinzipien der Medizinethik:

1. Prinzip – Achtung der Selbstbestimmung/Autonomie
2. Prinzip – Schadenvermeidung
3. Prinzip – Fürsorge
4. Prinzip – Gerechtigkeit

Die individuelle Freiheit und Wahl des Einzelnen bedarf einer kritischen Wahrnehmung und der Fähigkeit, sich selbst entscheiden zu wollen. Beauchamp (2021) weist bezogen auf das erste Prinzip darauf hin, dass ein selbstbestimmtes Handeln nur verwirklicht werden könne, wenn Kooperationen eingegangen würden, da auch der eigene Handlungsspielraum einer Begrenzung unterläge. Beteiligte dieser Kooperation, wie sie das Arzt-Patienten-Verhältnis darstellt, sollten dieser Selbstbestimmung/Autonomie mit Würde und Respekt entgegenreten und diese durch die Einbringung der eigenen Fähigkeiten wiederherstellen und zum Erhalt beitragen. Das Prinzip der Schadensvermeidung ist laut Beauchamp ebenso selbstverständlich wie es nicht selbstverständlich ist und wird kritisch diskutiert. Denn ärztliches Handeln kann per se schon zum Schaden am Patienten führen, auch wenn darin keine Absicht bestehe. Betont wird in diesem Prinzip noch der Aspekt der Schadenserzeugung durch das absichtliche Zurückhalten von Informationen, die der Patient aber benötige, um eine Entscheidung im Sinne der Selbstbestimmung und Autonomie treffen zu können. Die Fürsorge, das dritte Prinzip, ist der Schadensvermeidung übergeordnet. Die Verursachung eines Schadens am Patienten kann ohne Absicht durch den Arzt hervorgerufen werden, dennoch sollte er trotz des Schadens weiter seinem Patienten Fürsorge entgegenbringen. Fürsorge bezeichnet Beauchamp als „wahrgenommen“ werden in seinem Leiden oder den Schmerzen. Es impliziert die Annahme, dass das, was der Patient als seine Realität mit in die Beziehung einfließen lässt und in die der Mediziner nie einen vollumfänglichen Einblick erhalten wird, als die konkrete Realität des Patienten durch den Arzt anzuerkennen und so anzunehmen sei. Fürsorge meint auch, den Nutzen für den Patienten oder die Gesellschaft zu maximieren und die Risiken so gering wie möglich zu halten. Das vierte Prinzip der Gerechtigkeit umfasst laut dem Autor nicht nur die Gleichbehandlung der Patienten in der Umsetzung der medizinischen Praxis, sondern auch die systemische Gerechtigkeit im Sinne der Verteilung von Ressourcen durch politische und wirtschaftliche Entscheidungsträger. Verteilungsgerechtigkeit meint also auch die Verteilung der entstehenden Lasten, so Beauchamp. Dies meint beispielsweise die Entlastungspakete aus dem Jahr 2022, die im Kontext der Coronapandemie an die Bevölkerung ausgezahlt wurden, oder die Bereitstellung von Grundsicherung. Hingegen stellen die Bereitstellung von medizinischen Präventionsmaßnahmen und beispielsweise Stipendien, die der medizinischen Forschung dienen, eine gerechte Verteilung von Nutzen in der Gesellschaft dar. So kann konstatiert

werden, dass dieses Prinzip die gerechte Behandlung von allen Patienten meint, aber eben auch die Schaffung eines gerechten Systems, das nur zu erzielen ist durch die gerechte Verteilung von Nutzen und Lasten an das System.

Festzuhalten ist, dass diese vier Prinzipien nicht isoliert für sich stehen können, aber in der Gesamtheit eine Art Mindestprinzip formulieren und einen Common Sense für die APB, aber auch für das System insgesamt und die damit verbundenen wirtschaftlichen und politischen Entscheidungen. Diese Prinzipien bilden neben den Berufspflichten und dem Berufsethos einen Beschreibungsrahmen zur Formulierung von Verhalten und strukturellen Voraussetzungen in der Beziehung von Arzt und Patient.

Als weitere Bedingungen können Compliance, Adhärenz, Empowerment, Shared Decision Making und Informed Consent beschrieben werden. Der in den 1970iger Jahren im medizinischen Kontext erstmals genutzte Compliance-Begriff beschreibt die Art und Weise, wie Patienten sich an die Verordnungen des Mediziners halten und dessen Anweisungen befolgen. Im Unterschied dazu beschreibt die Adhärenz oder auch Therapietreue die langfristige Anwendung der angeordneten Therapie, verbunden mit dem Erreichen bestimmter Behandlungsziele und die dabei begleitende und vertrauensvolle APB. Während das Empowerment die Fähigkeiten des Einzelnen beschreibt, die individuellen Handlungsmöglichkeiten zu stärken, meint das Shared Decision Making die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patienten. Der Gegensatz ist beim Informed Consent der Fall, welches sowohl die Information als auch die Entscheidungsfindung ausschließlich beim Patienten definiert und die aktive Einwilligung in die medizinischen Prozesse vorsieht. Diese von Markgraf (2016) in Anlehnung an Klemperer (2003) formulierten Bedingungen gäben die Möglichkeit zur Anpassung an die jeweilige Persönlichkeit und Charakteristika des Patienten und seinen Behandlungsanlass. (Markgraf 2016; Klemperer 2003)

Die Besonderheit in der APB bezogen auf die Begegnung zwischen Arzt und Patient betrachtet Begenau (2010) in ihrer anthropologisch/soziologischen Ausarbeitung. Dabei, betont die Autorin, sei die Ausgangssituation der Zusammenkunft, also die Wahrnehmung und das Erleiden des Schmerzes aufseiten des Patienten oder eine Störung der alltäglichen Abläufe in psychischer oder physischer Art und Weise, schon eine Grenzüberschreitung eines neuen Erfahrungsraumes. Eine weitere Grenzüberschreitung finde im Erleben beim Betreten eines Behandlungsraumes statt bzw. bereits beim Betreten einer Arztpraxis selbst. Die Intimität der Beziehung entsteht durch das Zusammentreffen beider Körper, die zwar ihren individuellen Prozessen und Erfahrungen unterlägen, aber dennoch im Kern dieses Erfahrungsspektrums stünden. Eine weitere Grenzüberschreitung findet in der Erlaubnis zur Berührung statt. Nur durch das Erleben von Schmerzen und Einschränkungen und mit der Erwartung der Linderung und Heilung erlauben Patienten ihren Behandlern eine Berührung des eigenen Körpers, was im alltagsweltlichen Kontext und im Normalfall nur wenig Menschen erlaubt werde. In diesem intimen symbiotischen Verhältnis stößt die emotionale Belastung, wie Unsicherheit, Angst, Wut, Verzweiflung und Sorge, auf die professionelle Handlung des Arztes. Da dieses

professionelle Handeln aber nach außen hin keinerlei Rückschluss auf die geistigen und wissensbasierten Erkenntnisse des Arztes erlaubt, werden körperliche Reaktionen und Aktionen durch den Patienten mit besonderer Aufmerksamkeit erfasst und interpretiert (ebd.).

Einen weiteren Beschreibungsmoment der APB formulieren Lockot und Rosemeier (1983) damit, dass es die Besonderheit der Beziehung neben der Teilhabe an dieser intimen Situation, die Offenbarung des Patienten dem Arzt gegenüber und das damit verbundene gemeinsame Wissen um eine physische oder psychische Störung, was im Kern ein Geheimnis beider Parteien darstellt, zu wahren gilt.

Komprimiert betrachtet ergeben sich für die APB folgende Beschreibungsmomente und Bedingungen:

1. Die Basis stellt eine realistische und mit Folgen wie Schmerz oder Leid verbundene Störung beim Patienten dar.
2. Die Beziehung kann immer als asymmetrisch beschrieben werden, da sie immer in den Rollen des Helfenden und des Hilfesuchenden definiert ist. Begenau (2010) sieht die Asymmetrie ebenfalls als Bestandteil der APB, die in der Experten-Laien-Konstellation begründet sei.
3. Mithilfe von ethischen und moralischen Handlungsrahmen agieren Mediziner innerhalb dieses Beziehungskonstrukts.
4. Die APB unterliegt immer Belastungsmomenten, die auf ärztlicher Seite durch wirtschaftliche, zeitliche, rechtliche oder organisatorische Zwänge und aufseiten der Patienten durch emotionale, wirtschaftliche oder existenzielle Zwänge beschrieben werden können.
5. Eine APB stellt ein wechselseitiges Vertrauensverhältnis dar, das durch Offenbarung (Vertrauensvorschuss) und Okklusion (entgegengebrachtes Vertrauen) von Wissen geprägt ist und somit einen Bindungs- und Prozesscharakter in der Beziehung deutlich macht.

(Dick 2016; Beauchamp 2021; Begenau 2010)

2.6 Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Grundlage einer jeden Arzt-Patienten-Interaktion ist die zugrundeliegende Beziehung zwischen den beiden Akteuren. Neben den in Kapitel 2.5 definierten Bedingungen der APB, die rahmend den Erfolg der Beziehung begleiten, existieren auch Modelle, die das AP-Verhalten in vier Typen generalisiert darstellen.

Emanuel und Emanuel (1992) beschreiben in ihrem Aufsatz die noch heute aktuellen vier Modelle der APB. Dabei identifizieren sie Abhängigkeiten in der Wirksamkeit ihrer Modelle, die wie folgt beschrieben werden:

- „1. Ziele der AP Interaktion
2. Pflichten des Arztes
3. Bedeutung der Werte des Patienten
4. Konzeption der Patientenautonomie“

(Emanuel und Emanuel 1992, S. 2222)

Neben diesen einflussnehmenden Aspekten bezogen auf die APB, die sich aus rechtlichen Normen und ethischen Grundannahmen begründen, werden von den angeführten Autoren die Modelle beschrieben. Klemperer (2003) beschreibt diese in seiner Ausarbeitung in übersetzter Form folgendermaßen.

1. Das paternalistische Modell

Dieses Modell sieht den Arzt als Diagnostiker und Entscheider der medizinischen Maßnahme. Unter der Annahme, was das Beste für den Patienten ist, legt der Mediziner das medizinische Vorgehen fest, nachdem er den Gesundheitszustand des Patienten ermittelt hat. Dabei stellt er dem Patienten genauso viele Informationen zur Verfügung, dass eine Zustimmung des Patienten zu erwarten ist. Diese Form der Informationsaufbereitung stellt eine Beteiligung des Patienten in beschränkter Form dar. Da davon ausgegangen wird, dass das beste Vorgehen für den Patienten und seinen Gesundheitszustand identifiziert wurde, agiert der Behandler als eine Art Beschützer des Patienten, der dessen Interessen an allerhöchster Stelle sieht.

2. Das informative Modell

Emanuel und Emanuel (1992) beschreiben den Arzt in diesem Modell eher im Kontext eines technischen Terminus. Der Mediziner bereitet dem Patienten alle notwendigen Informationen auf, die er benötigt, um eine medizinische Entscheidung bezogen auf seine individuelle Situation treffen zu können. Der Behandler stellt in diesem Kontext den Gesundheitszustand des Patienten fest und informiert ihn darüber, ebenso über mögliche Risiken und Unsicherheiten. Die Entscheidung über die medizinische Intervention liegt dann allein beim Patienten. Der Behandler führt die medizinische Intervention durch, die auch mit einem Dienstleistungscharakter beschrieben werden kann. Dieses Modell geht von fixierten Bedingungen aus, die keinerlei Prozess- und Entwicklungstendenzen zulassen. Eine

Abweichung der Ist-Situation wird nicht berücksichtigt. Die Transformation der Information bezogen auf die persönliche Situation und deren Einordnung obliegt dem Patienten selbst. Eine abwägende Kommunikation zur Einordnung der Möglichkeiten in der Situation des Patienten findet nicht statt.

3. Das interpretative Modell

Interaktion und Interpretation stehen in diesem Modell im Vordergrund; Interaktion zwischen Arzt und Patient hinsichtlich der aufbereiteten Information des Mediziners und das Abwägen aller damit verbundenen möglichen negativen Auswirkungen und Ungewissheiten in der zukünftigen Behandlung. Dabei interagieren die Beteiligten auch auf der Ebene der Erwartungen und Wünsche des Patienten, die in der Interaktion herausgearbeitet werden und vom Mediziner interpretiert werden, um sie mit in einen möglichen Behandlungsprozess einbeziehen zu können. Die letztendliche Entscheidung der Behandlungsintervention liegt beim Patienten.

4. Das abwägende Modell

Dieses Modell bezieht die beiden vorangegangenen Modelle mit ein und entwickelt einen individuellen Abschluss der Behandlungsentscheidung. Gemeint ist dabei, dass der Mediziner alle notwendigen Informationen für den Patienten aufbereitet und diese erläutert. Darüber hinaus erfragt der Mediziner die Lebenswelt der Patienten und die damit verbundenen Erwartungen und Wünsche an eine Behandlung. Diese Informationen werden in den durch den Mediziner aufbereiteten Lösungsvorschlag eingebunden und der Patient wird dahingehend beraten. Die Auswahl der medizinischen Intervention wird durch Arzt und Patient gemeinsam eruiert.

(Klemperer 2003; Emanuel und Emanuel 1992)

Wie aus den vorangegangenen Modellen deutlich geworden ist, kann die Interaktion zwischen Arzt und Patient unterschiedlich konstituiert sein. Sowohl ein wechselseitiges Abwägen der Informationen und Entscheidungen als auch das einseitige Entscheiden etwa auf Patienten- oder auf Behandlerseite ist eine mögliche Variation in den Modellen. Deutlich wird hierbei die vorab betonte Asymmetrie in der APB, die auch von Dick (2016) als strukturgebend für diese Beziehung bezeichnet wird (siehe auch Begenau (2010) & Dick (2016) in dieser Ausarbeitung). Dick weist weiterhin darauf hin, dass diese Asymmetrie, die in ihrem Charakter der Tätigkeit in einer Profession entspringt, in drei Interaktionsebenen beschrieben werden kann. Dabei handelt es sich um die Markt-, Macht-, und Hilfebeziehung. In den von Emanuel und Emanuel (1992) beschriebenen Modellen lassen sich diese Interaktionsebenen deutlich extrahieren. Das paternalistische Modell, das mit der Entscheidungsmacht des Mediziners beschrieben wird, lässt sich demnach in der Machtinteraktionsebene einordnen und in den begrenzten Handlungsmöglichkeiten des Patienten und den klar definierten Regeln in der Interaktion identifizieren. Die Marktinteraktionsebene lässt sich sowohl im interpretativen als auch im informativen Modell identifizieren, wobei das interpretative auch schon Anknüpfungspunkte in der Hilfeinteraktionsebene identifizieren lassen. Die zuletzt als abwägendes Modell

beschriebene Interaktionsebene erlaubt eine Zuordnung zur Hilfeinteraktionslogik, da der Mediziner hier verschiedene beeinflussende Determinanten mit der Behandlungsentscheidung in Verbindung bringt und die für den Patienten bestmögliche Therapie zu bestimmen versucht. (Dick 2016; Emanuel und Emanuel 1992)

Die vorangegangene Beschreibung des abwägenden Modells nach Emanuel und Emanuel (1992) weist Teile des Modells der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF), also dem SDM-Modell auf. Das bereits 1986 veröffentlichte Modell der Patientenzentrierung formuliert sechs Stufen, die wie folgt beschrieben werden:

- „1. Exploration der Vorstellung und Konzepte des Patienten von Gesundheit und Krankheit
2. Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person
3. Eine gemeinsame Grundlage und Partnerschaft für das weitere Vorgehen finden
4. Prävention und Gesundheitsförderung
5. Die Patienten-Arzt-Beziehung pflegen und verbessern
6. Realistischer Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie“.

(Klemperer 2003, S. 16)

Klemperer (2003) weist in seiner Ausführung darauf hin, dass auch die von Charles et al. (1999) formulierten Aspekte (Informationsaustausch, Beratung und Wer entscheidet?) der medizinischen Entscheidungsfindung und die „Elemente der informierten Entscheidung“ von Braddock et al. (1999, S. 2314) sowohl Polaritäten als auch verbindende Merkmale erkennen lassen. Diese finden sich im SDM-Modell wieder, weshalb das Modell eine Adaption bzw. Weiterentwicklung der bestehenden Theorien in diesem Kontext darstellt. (Charles et al. 1999; Braddock et al. 1999; Klemperer 2003)

Elemente der informierten Entscheidung nach Braddock et al. (1999) sind:

- „1. Diskussion der Rolle des Patienten in der Entscheidungsfindung
2. Diskussion des klinischen Problems und der Art der Entscheidung
3. Diskussion von Alternativen
4. Diskussion des Für (möglicher Benefit) und Wider (möglicher Schaden) der Alternativen
5. Diskussion der Unsicherheiten, die mit der Entscheidung einhergehen
6. Beurteilung des Verständnisses des Patienten
7. Exploration der Präferenzen des Patienten“.

Das SDM ist weniger ein fixes Modell mit klaren, sich explorierenden Stufen, die einen Entwicklungsprozess im Konzept aufweisen, sondern mehr ein Konstrukt, in dem sich verschiedene Werte aufseiten des Behandlers oder des Patienten einbetten lassen. Es ermöglicht eine strukturierte und prozessorientierte Konzeption zum Vorgehen innerhalb der gemeinsamen Arbeit an Soma und Psyche und somit an der Heilung oder Salutogenese des

Patienten. Charles et al. (1999) beschreiben verschiedene Aspekte mit Prozesscharakter, die im Folgenden ausgeführt werden.

1. Aspekt des SDM

Es bedarf wenigstens zwei Beteiligte im Prozess der Entscheidungsfindung, den Arzt und den Patienten. Somit werden paternalistische Modelle bzw. Modelle ausgeschlossen, die den Arzt als Entscheidungsträger im Behandlungsprozess konstituieren. Dabei wird argumentiert, dass es wenigstens einen Arzt und einen Patienten bedarf, da sowohl auf Patientenseite mehrere Personen im Entscheidungsprozess beteiligt sein können, z. B. durch Familie oder Partner, als auch aufseiten des Mediziners eine kollegiale Hinzuziehung eines Kollegen oder anderer Fachärzte keine Seltenheit darstellt.

2. Aspekt des SDM

Die aktive Beteiligung des Arztes und des Patienten am Prozess der Entscheidungsfindung definiert den zweiten Aspekt. Keine der beiden Parteien kann das SDM erzwingen. Der Arzt ist in diesem Modell gefordert, einen Raum zu schaffen, in dem sich der Patient in der Lage sieht, seine Wünsche, Vorstellungen und Befürchtungen zu kommunizieren. Diese Präferenzen müssen vom Arzt erfragt werden, der auch die Behandlungsmöglichkeiten mit den verbundenen Risiken und Chancen vermitteln muss. Die Transformation des vermittelten Wissens des Arztes in die alltagsweltliche Realität des Klienten ist Bestandteil des Aufgabenspektrums des Arztes. Der Entscheidungsfindungsprozess mit der damit verbundenen Schaffung von Raum und Vertrauen für Kommunikation und Austausch beschreibt die Anforderung in diesem Aspekt des SDM.

3. Aspekt des SDM

Die erfolgreiche Umsetzung dieses Modells erfordert die Bereitschaft zum Teilen von Informationen auf beiden Seiten. Dabei steht das Abwägen der tatsächlich notwendigen Informationen im Vordergrund. Der Arzt vermittelt das für den Patienten notwendige Wissen hinsichtlich seiner gesundheitlichen Störung. Dieses muss er aus seinem Wissensspektrum gezielt ableiten und an die ausgewählten Behandlungsoptionen anpassen. Der Patient bringt ebenfalls eine Vielzahl an Informationen aus seinem Lebenskontext mit. Dazu zählen ggf. berufliche, familiäre und religiöse Aspekte, aber auch Aspekte von Verantwortlichkeiten in der Lebensrealität, Gefühle und Vorstellungen hinsichtlich der jetzigen Situation und bezogen auf die Zukunft. Auch die eigene Rolle sollte Teil des Informationsaustausches sein.

4. Aspekt des SDM

Ein entscheidendes Moment in diesem Modell ist die gemeinsame Zustimmung zur gewählten Behandlungsoption. Dabei ist es nicht essenziell, ob die Zustimmung auf Akzeptanz und Überzeugung von der Behandlungsoption fußt. Vielmehr ist das entscheidende Moment im SDM die gemeinsame Verantwortungsübernahme für die Optionenwahl und für die damit verbundenen zukünftigen Auswirkungen. Es wird deutlich, dass keiner der Beteiligten alleiniger Träger von Entscheidung und Übernehmender der Verantwortung ist, sondern es ist

eine Verteilung von Verantwortung, was dem Gegenüber Sicherheit und Verantwortung suggeriert und das Alleinsein auflöst, das ggf. Überforderung und ähnliche Auswirkungen mit sich bringen könnten.

(Charles et al. 1999)

Models of treatment decision making^a

Analytical stages	Models	Paternalistic	(in between approaches)	Shared	(in between approaches)	Informed
Information exchange	Flow	One way (largely)		Two way		One way (largely)
	Direction	Physician → patient		Physician ↔ patient		Physician → patient
	Type	Medical		Medical and personal		Medical
	Amount ^b	Minimum legally required		All relevant for decision-making		All relevant for decision-making
Deliberation		Physician alone or with other physicians		Physician and patient (plus potential others)		Patient (plus potential others)
Deciding on treatment to implement		Physicians		Physician and patient		Patient

^a Illustration for an encounter focusing on the case of a (treating) physician–patient dyad. For more complex cases see text.

^b Minimum required.

Abbildung 2: Modelle der Behandlungsentscheidung (Charles et al. 1999, S. 653)

Die APB-Modelle und das SDM-Modell verbindet die zweite Abbildung. Sie verdeutlicht, wie und in welcher Modellstufe die Entscheidungsfindung stattfindet. Bei der Betrachtung der vorangegangenen Modelle werden verschiedene Polaritäten in der Entscheidungsebene und beim SDM in der Umsetzung deutlich. Beim paternalistischen Modell und beim interpretativen/informativen Modell liegt die Entscheidungswahl bei einem Beteiligten in der APB; beim Arzt im paternalistischen Modell und beim Patienten im interpretativen/informativen Modell. Eine weitere Polarität kann im SDM konstatiert werden, da dieses Modell die unbedingte gemeinsame Entscheidung der Beteiligten in den Mittelpunkt stellt. Die in der Praxis angewendete Kommunikation unterliegt aber umfangreichen Anforderungen, die sich in der Komplexität der medizinischen Situation des Patienten oder auch bezogen auf dessen wahrgenommene Auswirkung der medizinischen Situation auf seine Lebenswelt äußern. Auch kann die grundlegende Asymmetrie zwischen Arzt und Patient eine Barriere bei der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. bei der Anwendung des SDM-Modells sein. Die Haltung zur Beteiligung an der Entscheidung zwischen Arzt und Patient verdeutlicht die Abbildung 3 und zeigt auf, dass innerhalb dieser Befragung die gemeinsame Entscheidung den vorherrschenden Wunsch darstellt.

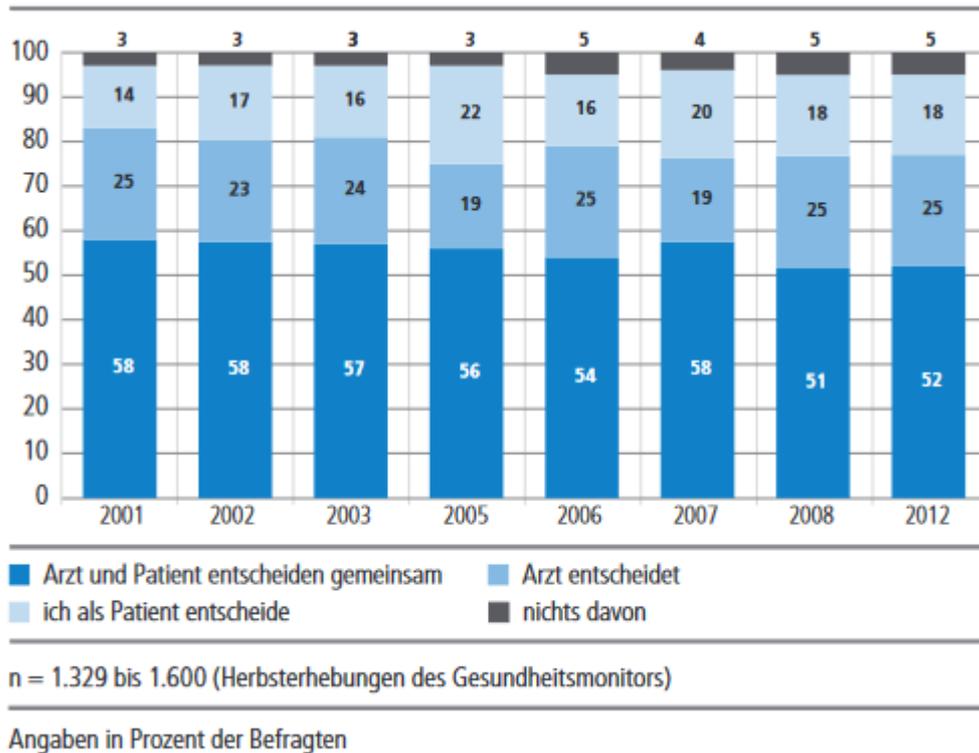


Abbildung 3: Patientenwünsche zu SDM/PEF 2001–2012 (Braun und Marstedt 2014, S. 3)

Biber et al. (2016) nennen in ihrer Ausarbeitung ebenfalls diese Diskrepanz zwischen dem befragten Wunsch nach Anwendung von PEF/SDM und der tatsächlichen Umsetzung im medizinischen Alltag und darüber hinaus die tatsächlich wahrgenommene Anwendung dieses Modells. Floer et al. (2004) gehen weiterhin darauf ein, dass die befragten Ärzte in der Bertelsmann-Studie mehrheitlich angeben, dass eine gemeinsame Entscheidung gewünscht wird 67 % (n=502), 21 % (n=502) eine alleinige Entscheidung durch den Arzt forcieren und nur 8 % (n=502) dem Patienten die alleinige Entscheidung nahelegen würden. Die Befürwortung eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses fällt indifferent aus mit 67 % bei den Medizinern und 58 % bei den Patienten. Floer et al. (2004) weisen fortführend darauf hin, dass der gemeinsame Austausch von Informationen und die Erzeugung eines konstruktiven Kommunikationssettings „Schlüsselfertigkeiten“ (Floer et al. 2004, S. 438) des Mediziners verlangt. Auch hängt die Bereitschaft für PEF/SDM von der Altersstruktur der Beteiligten ab. Ältere Mediziner sollen laut den Autoren weniger bereit für eine gemeinsame Entscheidungsfindung sein als jüngere.

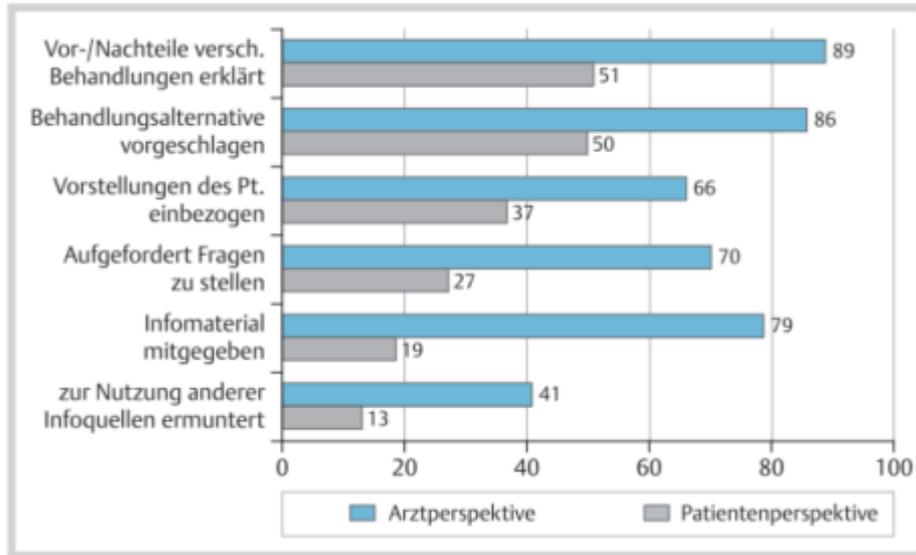
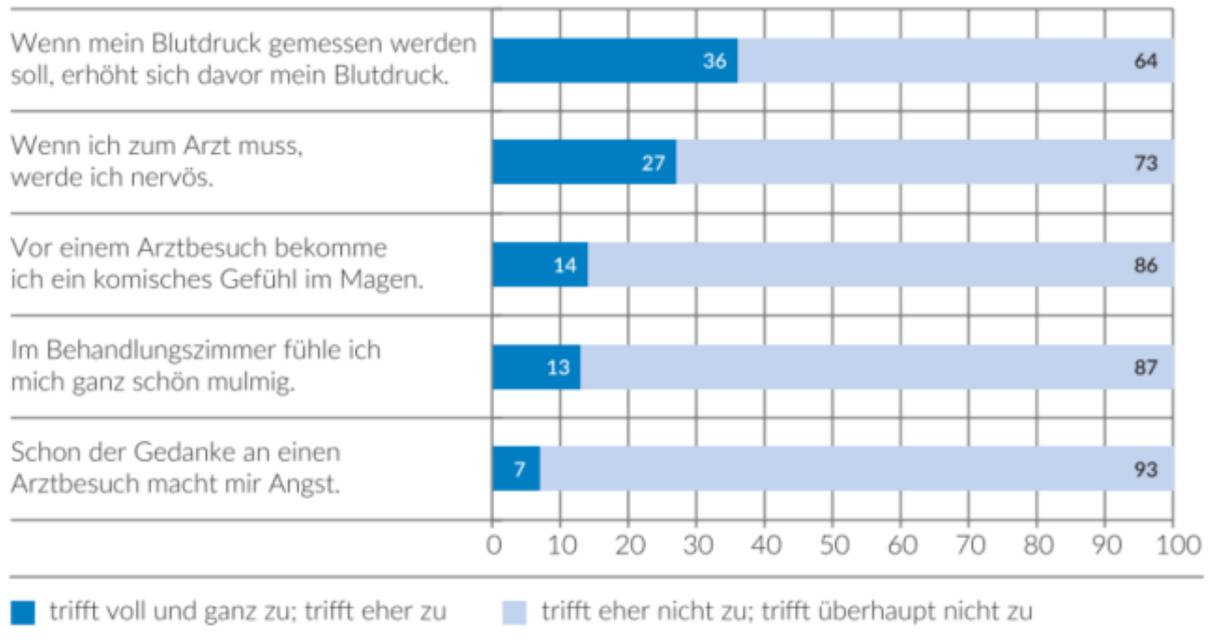


Abbildung 4: Diskrepante Perspektiven: Verhalten des Hausarztes aus Arzt- und aus Patientensicht (n=502 Ärzte und n=1512 Bürger). (Floer et al. 2004, S. 439)

Darüber hinaus wird aus der Abbildung 4 ein weiterer einflussnehmender Faktor in der Arzt-Patienten-Kommunikation deutlich. Es handelt sich dabei um die unterschiedliche Wahrnehmung von Kommunikation in der Behandlungssituation. Während der Arzt in seiner professionellen Haltung dem Patienten gegenüber tritt, ist der Patient ggf. mit verschiedenen emotionalen Irritationen konfrontiert, z. B. Unsicherheit oder Angst. Böcken und Braun (2016) weisen darauf hin, dass der Einfluss von Angst auf die APB noch nicht ausreichend untersucht sei, aber erste Ergebnisse zeigen würden, dass Angst Auswirkungen auf die APB habe und ggf. das Inanspruchnahmeverhalten verändern könnte. Abbildung 5 macht deutlich, dass Patienten bereits vor der eigentlichen Arztbegegnung nervös bis ängstlich sind und somit einer emotionalen Belastung unterliegen, die Auswirkungen auf die Aufnahmefähigkeit und Transformation des vom Mediziner Gesagten haben kann. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass der Patienten das Wissen in der gewünschten Form verarbeiten kann, oder dass er dazu in der Lage ist, im Sinne des SDM/PEF eine aktive Entscheidung zu treffen. (Böcken und Braun 2016, S. 2313)



Angaben in Prozent der Befragten

Abbildung 5: Angstsymptome vor einem Arztbesuch und in der konkreten Praxissituation (n=1598) (Floer et al. 2004, S. 439)

Beeinflussungen unterliegt auch der Mediziner, wie in Kapitel 2.3 beschrieben wurde. Wirtschaftliche Zwänge, zunehmende bürokratische Anforderungen und Hürden sowie zeitlicher Druck durch neue Praxismodelle (Medizinische Versorgungszentren, MVZ) wirken beeinträchtigend auf die Arzt-Patienten-Kommunikation. Sie weisen einen weitaus höheren wirtschaftlichen Charakter auf, sind an Investoren und deren Erwartungen gebunden und unterliegen nicht der Idee der helfenden Beziehung wie ggf. eine inhabergeführte Praxis (Deutsches Ärzteblatt 2022). Bereits Studien aus dem Jahr 2000 betonen, dass die Länge des Gespräches zwischen Arzt und Patient Auswirkungen auf die Diagnose haben kann. Bühring (2000) führt aus, dass ein durchschnittliches Gespräch im hausärztlichen Versorgungskontext eine durchschnittliche Dauer von 7,3 Minuten aufweise und die Redezeit des Patienten dabei nur 3,1 Minute betrage. Weiterhin wird auf das Übersehen bestimmter Symptomatiken hingewiesen, wenn das Gespräch einem zu hohen zeitlichen Druck unterliege.

In der Anwendung des SDM/PEF zeigt die Studie von Braddock et al. (1999), dass die vollständige Umsetzung, also die Modellanwendung in allen Stufen, nur selten in der APB erzielt werden kann und in Abhängigkeit von der Komplexität der Situation steht.

„The 1057 audiotaped encounters contained 3552 clinical decision. Overall, 9,0% of decisions were met our definition of completeness for informed decision making. Basic decisions were most often completely informed (17,2%), while no intermediate decisions were completely informed, and only 1 (0,5%) complex decisions was completely informed.“ (Braddock et al. 1999, S. 2313)

Auch Elwyn et al. (1999) sehen die Umsetzung von SDM/PEF als abhängig von verschiedenen Bedingungen. Dabei wird auch deutlich, dass die, wie von Floer (2004) bezeichnet, „Schlüsselfertigkeiten“ (Floer et al. 2004), des Mediziners bezogen auf seine Kommunikationsfähigkeit eine wichtige Gelingensbedingung darstellt.

„Sharing decisions entails sharing the uncertainties about the outcomes of medical processes and involves exposing the fact that data are often unavailable or not known; this can cause anxiety to both patient and clinician. Movement towards further patient involvement will depend on both the skills and the attitudes of professionals [...]“ (Elwyn et al. 1999, S. 753)

Weitere Ergebnisse der Studie von Elwyn et al. (1999, S. 756) sind folgende:

- Involvement of patients in decisions about their treatment or care is increasingly advocated + Registrars in general practice report not receiving training in the skills needed for successful involvement of patients in decision making.
- Registrars in general practice report not receiving training in the skills needed for successful.
- Attitudes towards involving patients range from being highly positive to being more circumspect.
- Moves towards enhancing patient involvement in decision making will depend on developing both skills and attitudes of professionals.

Abschließend kann hinsichtlich der Modelle der APB konstatiert werden, dass eine Vielzahl von Einflüssen und Bedingungen das Gelingen der Kommunikation und somit das Modell des SDM/PEF beeinflussen können. Dabei spielen sowohl die Beziehungsebene (Emanuel & Emanuel 1992) als auch der gewünschte oder geforderte Grad der Egalität in der Entscheidungsfindung (Charles et al. 1999, Braddock et al. 1999, Elwyn et al. 1999) eine Rolle. Die Legitimierung der Modelle und Bedingungen findet sich in medizinischen und gesellschaftlichen Begründungszusammenhängen wieder und wird in Kapitel 4 betrachtet.

3. Beratung

3.1 Begriffsbestimmung

Beratung lässt sich, nach Sickendiek et al. (2014, S. 34), als „professionelle Interaktion in unterschiedlichen theoretischen Bezügen, methodischen Konzepten, Settings, Institutionen und Feldern“ beschreiben. Weiterhin konstatieren Sickendiek et al.: „im Laufe der Zeit haben moderne Gesellschaften Beratung in verschiedensten Fragestellungen und Problemlagen institutionalisiert, vor allem, um Veränderungen und resultierende Anforderungen und Probleme abzufedern und zu puffern.“

Auch Stimmer (2020) versteht Beratung als eine Interaktion, als Kontinuum zwischen Auskunft und Therapie. Er schreibt dem Beratungsanlass nicht ausschließlich ein Problem oder eine Veränderung zu, sondern ein Defizit im Wissen. Das zugrunde liegende Defizit an Wissen bedarf zur Beseitigung eine Vermittlung von Wissen und Auskunft, und ein Defizit an Entscheidungsfähigkeit, was der Förderung der Handlungskompetenzen bedarf.



Abbildung 6: Beratungskontinuum nach Stimmer (2020, S. 131)

Eine methodisch-theoretische Einordnung von Beratung ist aufgrund der Vielfältigkeit in den Modellen nur schwer möglich. Oftmals geht aus der Literatur die Anwendung eines Methoden-Mix hervor, so Schiersmann (2010). Die hier gewählte Einordnung erfolgt anhand des klassischen Verständnisses von Beratung und lässt modernere Ansätze vorerst außer Acht. Beratung kann unterschieden werden in Alltagsberatung (Beratung im eigenen sozialen Netzwerk), fachkundige Beratung bzw. halbformalisierte Beratung (Beratung durch Professionsgruppen ⁹ wie auch Ärzte) und professionelle Beratung (Berater weisen handlungsfeldspezifisches Wissen und ein feldunspezifisches Beratungs- und Interaktionswissen ¹⁰ auf). Hinsichtlich der Spezifika der Beratung wird hier die Betrachtung von (Begenau et al. 2010; Lazarus und Folkmann 1984) Schiersmann (2010) übernommen, welche die personenzentrierte Beratung, die lösungsorientierte Beratung und die systemischen Beratungsansätze unterscheidet. Im Kern jeder Form von Beratung steht die

⁹ Diesen Professionsgruppen steht handlungsspezifisches Wissen im Kontext der Profession zur Verfügung, aber es findet in der Regel keine spezifische Ausbildung im Sinne von fundiertem Beratungswissen statt.

¹⁰ Doppelverortung professioneller Beratung: Berater können zurückgreifen auf methodologische Zusammenhänge, Methoden und Modelle (Beratungs- und Interaktionswissen) und sind in der Lage, Faktenwissen hinsichtlich der individuellen Lage des Klienten, Kausalzusammenhänge und Rechtlichem in Verbindung zu setzen (Handlungsfeldspezifisches Wissen). (Sickendiek et al. 2014)

Lebensführung des Individuums im sozialen Kontext und im Kontext der kulturell gesellschaftlichen Einbettung in die Gesellschaft. Dabei ist Lebensführung ein ausgeglichener Umgang mit den Faktoren Belastung (Anforderungen und Erwartung aus Gesellschaft und Umwelt) und Bewältigung, also der Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Potenziale. In den folgenden Unterpunkten wird detailliert auf die vorgestellte Einordnung eingegangen.

Das durch Lazarus und Folkmann (1984) beschriebene Modell des Belastungs-Bewältigungsansatzes definiert Lebensführung als „[...] die Bestrebung eigene physische, psychische, spirituelle und materielle Bedürfnisse und Zielsetzungen zu erfüllen bzw. durchzusetzen wie auch mit belastenden Lebensereignissen oder den Anforderungen seiner Umwelt zurechtzukommen bzw. diese zu bewältigen. Auf Seiten der Umwelt entstehen Anforderungen im Wesentlichen aus der Erwartung, Normen und Regeln im Rahmen des sozialen Zusammenlebens [...] und der gesellschaftlich-kulturellen, behördlichen, oder arbeitsweltlichen Einrichtungen und Systeme [...]“. (Schubert et al. 2019, S. 25)

Mediale und konsumweltliche Einflüsse haben ebenfalls Einfluss auf die Lebensführung. Beratung wird also immer dann notwendig, wenn eine Irritation im Bereich der Belastung oder Bewältigung vorliegt. Die Störung der Intentionalität des Individuums kann in Form von Beratung auch nur durch die gesellschaftlich bereitgestellte Ressource beseitigt und entwickelt werden. Sowohl die Entstehung als auch die Beseitigung der Irritation der Intentionalität in der Lebensführung liegt also in der gesellschaftlich-kulturellen Umwelt begründet. (Schubert et al. 2019)

3.2 Entwicklungsverlauf der Beratung

Wie bereits eingangs in diesem Kapitel beschrieben wurde, ist die helfende Beziehung in den menschlichen Sozial- und Gesellschaftsstrukturen verankert. Die mit der Industrialisierung einhergehende Veränderung der Dezentralisierung des Lebensortes begründete die Beratung, da das Lebenskonzept Familie, in dem Lernen, Betreuung, Freizeit und auch Problemlösung stattfand, aufgelöst wurde. Staatliche Interventionen schufen Betreuungen von Kleinkindern, Schulkindern und Kindern mit Beeinträchtigungen. Freizeit wurde vermehrt in Vereinsstrukturen etabliert und dort verbracht, junge Erwachsene absolvierten berufliche Ausbildungen in entsprechenden Einrichtungen. Abgelöst wurde dadurch das zentralisierte Lebensmodell innerhalb der Grenzen von Familie und einem engen sozialen Umfeld, in dem die Familienmitglieder und das enge Umfeld die Betreuung von Kindern, gemeinsames Arbeiten und das Ausbilden dieser notwendigen Tätigkeiten übernahmen. Auch die Problemlösung und der Umgang mit krisenhaften Ereignissen des Einzelnen erfolgte zumeist in diesem Umfeld. Dabei wurden Personen mit bestimmten Erfahrungskontexten aufgrund von Alter, Arbeit oder anderweitiger Expertise bei der Problembetrachtung zurate gezogen und ein gemeinsamer Lösungsfokus entwickelt. Beratung wurde zur Zeit der Industrialisierung und der damit einhergehenden Dezentralisierung des Lebensortes schnell zu einem Konzept, das von Interessenverbänden, Berufsgemeinschaften und kirchlichen Gemeinschaften

angeboten wurde, um über die veränderten Lebensbedingungen aufzuklären und individuelle Hilfestellung anzubieten. (Schubert et al. 2019)

In diesem gesellschaftlichen Veränderungsprozess mit einem Anstieg der Lebenskomplexitäten und dem Aufbruch bestehender tradierter Systeme der Menschen lässt sich sowohl das Phänomen der Individualisierung und wachsender Autonomie beschreiben als auch die Notwendigkeit des Empowerments in Form von Beratung. (Herriger 1997)

Drei Grundlinien in der Beratung können in der historischen Entwicklung konstatiert werden: die psychotherapeutische Beratung, die psychologisch-pädagogische Beratung und die lebensweltlich orientierte Beratung (sozialökologisch-transaktionale, systemische Beratung). Dabei schloss die psychotherapeutische Beratung im Kontext der Erziehung von Kindern und Jugendlichen und die Familienberatung diese mit ein. Konzeptionell und theoriebegründend in diesem Kontext sind z. B. Kurt Lewin (siehe auch Bogner 2021) und Carl Rogers als Begründer der klientenzentrierten Beratung (siehe auch Rogers 2020). Die psychologisch-pädagogische Beratung basiert oftmals auf empirisch fundierten Verfahren und weniger auf therapeutischen Verfahren. Der Fokus in dieser Beratung liegt in der Kinder- und Jugendfürsorge, Erziehungsberatung und Berufsberatung. Lebensweltorientierte Beratung stellt die Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft und individuellem Handeln in den Mittelpunkt und möchte unterstützen bei den jeweiligen Auswirkungen dieser Wechselwirkungen auf das Individuum. In diesem Kontext spielen auch die Gestaltungsmöglichkeiten in Form von Handlungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit des Individuums und die damit verbundenen und individuell empfundenen Lebensqualitäten eine Rolle. Zusätzlich fokussiert dieser Ansatz die transaktionale Beziehung zwischen den Beratungsakteuren Person-Umwelt-Berater und betont die Wechselwirkungen dieser triadischen Beziehung. Grundsätzlich lassen sich die in dieser Richtung verorteten Beratungsangebote dem systemischen Ansatz von Beratung zuordnen.

In einer modernen Betrachtung der Beratung ist die beständige Ausdifferenzierung der Beratungsangebote hinsichtlich ihrer Spezialisierungen zu betonen, wobei sich in allen Lebensbereichen und Lebensthemen Beratungsangebote finden lassen. Grundsätzlich lässt sich Beratung als ein Instrument zur Komplexitätsreduzierung verstehen, wobei mithilfe von Beratung krisenhafte Ereignisse bewältigt werden sollen und durch die Strukturierung der Ereignisse und Möglichkeiten die Orientierung hergestellt wird, um Entscheidungen treffen zu können. (Schubert et al. 2019)

3.3 Theoretische Konzepte von Beratung

Es existiert im modernen Verständnis von Beratung eine Vielzahl von Formen, Modellen und Konzepten der Beratung. Theoretische Konzepte sind nicht weniger vorhanden, dennoch wird in diesem Abschnitt die Vorstellung der grundständigen theoretischen Konzepte gewählt, da hierbei die wichtigsten Modelle innerhalb des theoretischen Konzeptes ebenfalls skizziert

werden. Im Fokus dieser Arbeit steht das Modell der Patientenberatung, das in Kapitel 3.9 betrachtet und theoretisch eingebettet wird.

3.3.1 Psychoanalytische Theorie und Beratung

Der Vater der Psychoanalyse, Sigmund Freud (1856–1939), formulierte seine Theorie unter der Annahme, dass neben dem, was für Individuen bewusst zugänglich ist, auch durch das unbewusste Verhalten, Denken und Fühlen ausgelöst wird. Freud impliziert darüber hinaus auch ein Leiden auf den Ebenen des Verhalten, Denken und Fühlen. Dabei wird unterschieden zwischen dem Unbewussten (enthält Bedürfnisse, die auf anderen Ebenen verdrängt wurden, und Triebe), dem Vorbewussten (abrufbare, aber abgelegte Inhalte und Gedanken) und dem Bewusstsein, was alles beinhaltet, was die Person über sich selbst bewusst ist. Es wird sowohl in Therapie als auch in Beratung nach drei Instanzen unterschieden: das Es, das Ich und das Über-Ich. Das Es stellt Impulse der Bedürfnisse dar, die auf schnellstmögliche Befriedigung ausgelegt sind. Das Ich beinhaltet die Ebene der Emotionen, Wahrnehmungen und des Verhaltens. Es steht in Verbindung mit der tatsächlichen Realität des Individuums und mit der Umwelt. Das Über-Ich definiert das Gute und Böse einer Person, indem Vorstellungen von Normen, Werten und Überzeugungen aus der frühkindlichen Sozialisierung determiniert sind. Das Über-Ich stellt damit das Steuerungsinstrument des Ich und Es dar, da Moral, Ethik und Verhaltensmuster als Antreiber von Individuen zu verstehen sind. Die psychoanalytische Beratung betrachtet die Irritation des Klienten dahingehend, dass die drei Persönlichkeitsinstanzen eine Störung untereinander erzeugen. Die Beratung beleuchtet somit die drei Bewusstseisebenen und damit verbundene bewusste/unbewusste Verdrängungen, Vermeidungen und Verleugnungen. Unbewusstes macht es Klienten oftmals schwer, eine eigene Lösungsidee zu entwickeln. Mithilfe der Beratung werden unbewusste Beeinflussungen analysiert. Dies ermöglicht dem Berater, die Entstehungsgeschichte der Irritation herzuleiten und zu deuten. Deutungen erzeugen darüber hinaus oftmals Widerstände, weil damit unerwartete Emotionen freigesetzt werden, die vom Klienten als die eigenen angenommen werden (zumeist unter Widerstand) und nochmals durchlebt werden müssen (Übertragung und Gegenübertragung). Nach diesen Schritten kann eine Transformation des Bewusstmachten erfolgen und mithilfe der Berater-Klienten-Beziehung in die Realität transformiert werden. (Sieckendieck et al. 2004; Nußbeck 2014)

Die Erziehungsberatung, als eine der ältesten Formen der psychoanalytischen Beratung, entstand in den 20er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts und folgte einem wohlfahrtsstaatlichen Gedanken im Hinblick auf Kinder und Jugendliche. Die Arbeit in diesem Kontext bemühte sich um die Verbesserung der Bedingungen und Beziehungen von Kindern und Jugendlichen, was die Einbindung von Eltern unabdingbar machte. Das Ziel in der psychoanalytischen Erziehungsberatung ist ein edukativer Ansatz, der das Verstehen (also das Erkennen des Unbewussten) der Problemsituation in den Mittelpunkt stellt. Die sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus der Erziehungsberatung entwickelte Fallarbeit mit den Klienten rückte die professionell Tätigen (Lehrer, Kindergärtner, Berater) auch in ihrer Tätigkeit selbst in den Mittelpunkt. Aus diesem Gedanken heraus entwickelte sich ein Weiterbildungsangebot

für das professionelle Personal selbst. Michael Balint war ein treibender Entwickler von Reflexionssettings, die in Gruppen Fälle bearbeiteten und dabei das Selbstverständnis des professionellen Beraters in den Fokus nahmen. Sowohl Konflikte innerhalb des Falles als auch Bewältigungsprozesse der Berater konnten in diesem Kontext sowohl individuellen Verstehensprozessen als auch gruppendynamischen Lern- und Verstehensprozessen unterzogen werden. (ebd.)

Supervision und Fallbesprechungen führten dazu, dass auch Team- und Organisationsprozesse vermehrt in den Fokus der psychoanalytischen Reflexion gerieten. Die Entwicklung der Organisationsberatung im Kontext der psychoanalytischen Beratung basiert auf einem Systemverständnis, das durch innere und äußere von Irritationen betroffen sein kann. Sind diese Irritationen auf unbewusste Prozesse zurückzuführen, wird von Abwehr- und Verdrängungsprozessen ausgegangen, die sowohl personalen als auch institutionellen Charakter aufweisen können. Die Organisation selbst erhält dann durch die gezielte psychoanalytische Aufarbeitung Einblicke in die unbewussten Konflikte, Rollen und Prozesse. (Sieckendieck et al. 2004)

3.3.2 Klientenzentrierte/personenzentrierte Beratung

Die klientenzentrierte Beratung, die besonders durch Rogers (2020) in das beraterische Tätigkeitsfeld gerückt wurde, basiert auf den Annahmen, dass Individuen bei der Konstruktion ihrer eigenen Realität und der eigenen Sicht auf die vom Außen erzeugten Einflüsse in Beziehung zu sich selbst stehen und Selbstverwirklichungstendenzen verfolgen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass diese Beziehung geprägt ist von zwischenmenschlichem Erleben und Erfahren und dass Interaktionen mit dem Außen, also der Umwelt des Menschen, sich prägend auf die Entwicklung des Individuums selbst auswirken. Klientenzentrierte Beratungen werden dabei verstanden als „[...] Sozialisationshilfen und Aktivierungshilfen in schwierig zu durchschauenden Bedingungsbeziehungen, Strukturen und Systeme. Sie dienen der Reduktion von Komplexität und geben Hilfen zur Selbsthilfe und Orientierung. Sie stützen personale und soziale Kompetenzen einzeln und kollektiv und konzentrieren sich auf Entwicklung und Veränderung der Person, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen und ihren Umweltbedingungen (Ganzheitlichkeit).“ (Sickendiek et al. 2014, S. 642)

Der Beratungsprozess beginnt bereits vor der tatsächlichen Beratung, da die Mobilisierung des Klienten in sich selbst zur Hilfesuche einen wesentlichen Schritt im gesamten Entwicklungsprozess darstellt. Die vom Klienten indizierte Handlung steht in der Verantwortung zu sich selbst als ein wichtiger Meilenstein im Kontext von Verstehen und Entwicklung. Die Beratungssituation wird dann durch den Berater klar definiert und es wird beschrieben, dass dies einem Format entspricht, das dem Klienten die Gelegenheit gibt, eigene Lösungswege mithilfe des Beraters zu entwickeln. Der Berater fungiert dabei nicht als Ratschlagender oder Ideengeber für Lösungen, sondern hilft und unterstützt beim Entwickeln der eigenen Ideen zur Lösung. Die Ermutigung zur Wahrnehmung von Emotionen und dem äußeren Ausdruck wird durch den Berater gesetzt, was in dem Klienten die Wirklichkeit und

Realität erzeugt, dass nicht nur Bewusstmachung von Verhalten, Erleben und Erfahren zu seiner Wahrnehmung gehört, sondern auch tatsächliche Empfindungen und deren Ausdruck. Der Berater ermöglicht dann die Sortierung von Empfindungen und die Annahme jeglicher Empfindungen und Emotionen, egal ob positiv oder negativ. Dadurch erhält der Klient oftmals mehr Zugang zu sich selbst, was wiederum den Raum zur Wahrnehmung von Entwicklungspotenzialen schafft. Die Beziehung zum eigenen Ich kann so wiederhergestellt werden, Einsichten und Optionen können identifiziert und entwickelt und in ein dauerhaftes Engagement überführt werden. Das Anliegen weicht den Entfaltungsmöglichkeiten und der Klient kann in seiner Realität Möglichkeiten auswählen und anwenden. (Rogers 2020)

Sieckendieck et al. (2004) verweisen in ihren Ausführungen darauf, dass die Wirkmechanismen und Wirkungen des klientenzentrierten Konzeptes beim Einsatz in verschiedensten Irritationszuständen von Individuen festgehalten werden können. Auch wenn am Ende einer Beratungssituation nicht immer ein konsensuales Vorgehen erarbeitet wurde, kann es dennoch für den Beratenden hilfreich, förderlich und entwicklungswirksam sein, wenn Verstehensprozesse der eigenen Persönlichkeit hinsichtlich der Wahrnehmung und Begründung der Irritation initiiert werden konnten.

3.3.3 Kognitiv-behavioral orientierte Verhaltensberatung

Die kognitive-behavioral orientierte Verhaltensberatung entspringt wie die klassische Verhaltenstherapie aus einem behavioristischen Verständnis. Im Gegensatz zu den psychoanalytischen Ansätzen zielt dieser darauf ab, Verhaltens- und Reaktionsmuster im Zielverhalten zu verändern. Dabei werden Emotionen und Gedanken, die im Unterbewussten des Klienten verortet sind, absichtlich nicht herausgearbeitet und betrachtet. Stattdessen werden Verhaltensentstehung und Verhaltensänderung mit der klassischen und instrumentellen (auch operanten) Konditionierung erreicht. Die klassische Konditionierung, die auf Pawlow (1849–1936) zurückzuführen ist, geht von einem Reiz-Reaktions-Gefüge aus, das erstmals bei Hunden und dann an am Menschen untersucht und formuliert wurde. Ein Stimulus (auch als Reiz bezeichnet) führt bei Menschen zu unterschiedlichen Ausprägungen einer Reaktion. Diese Reaktion, also das Verhalten, kann durch wiederholte oder traumatische Ereignisse verstärkt werden. Bei der instrumentellen Konditionierung, die auf Burrhus F. Skinner (1904–1990) zurückzuführen ist, steht die Konsequenz des Verhaltens im Fokus der beraterischen Betrachtung. Durch die Verhaltensgleichung (auch als SORKC-Modell bezeichnet), die von Skinner aufgesetzt und später um die Faktoren „K“ und „C“ erweitert wurde, kann eine positive oder negative Verhaltenskonsequenz abgeleitet werden. O. Mowrer (1907–1982) führte die beiden Konditionierungsmodelle zusammen (Zwei-Faktoren-Theorie, 1960), was eine zusätzliche Erklärungsvariante hinsichtlich des Vermeidungsverhaltens von Individuen zuließ. (Sieckendieck et al. 2004; Nußbeck 2014)

3.4 Gesellschaftliche Bedeutung der Beratung

Beratung ist einerseits eine Reaktion der Gesellschaft auf die Erhöhung der Komplexität und Ausdifferenzierung der Lebens- und Handlungsoptionen und andererseits die Reaktion auf die Reduktion von sozialen Strukturen und Institutionen, die als Instrument zur gesellschaftlichen und individuellen Orientierung beiträgt und Sicherheit schafft. Die Industrialisierung brachte eine erste Verdichtung von Prozessen in den Lebensabläufen. Verdichtung von Prozessen und Ausdifferenzierungen erfuhren einen großen Aufschwung zur Zeit der Industrialisierung in allen Lebensbereichen der Individuen. Beratung gab in diesen Zeiten Orientierung über die Möglichkeiten und fungierte als Lotse in wachsenden Gesellschaftssystemen. Sie ist damals wie heute eine Unterstützung der Lebensführung, wie bereits im vorangegangenen Abschnitt beschrieben. Notwendig war sie aufgrund der zunehmenden Subjektivierung und Entgrenzung; erstere mit dem Anspruch der Selbststeuerung, aber auch das Subjekt in der sich entwickelnden Gesellschaft, die das „selbst sein“ der Individuen ggf. als „sozialen Fortschritt“ (Voß 2008, S. 2) formulieren lässt, damit aber ein Belastungsmoment erzeugt, da aktive Selbststeuerung eine strategische Lebensführung und aktive Reflexion des Einzelnen verlangt. Die Erhöhung der Komplexität, Ausdifferenzierung der Lebens- und Handlungsoptionen und die Subjektivierung begründeten die Entstehung und Ausweitung eines breiten Beratungsfeldes. (Voß 2008)

Therapienahe Beratungsformen erlebten und erleben eine dauerhafte Einbindung in psychosoziale, pädagogische und soziale (therapeutische) Interventionen, was allerdings laut Sickendiek et al. (2014) nicht dazu führte, dass sich eine Beratungspsychologie im Kontext einer eigenen Profession entwickelt hat. Die aufgeführte Subjektivierung des Individuums stellt einen weiteren Begründungszusammenhang besonders im Kontext der Informationsbearbeitung dar. Gemeint ist die Bereitstellung der generalisierten Informationen zu allen Themen der traditionellen und strategischen Lebensführung, die der Nutzer dieser Informationen aber erst entschlüsseln muss, um sie tatsächlich zu verstehen. Findet diese Entschlüsselung in Form einer Entkontextualisierung nicht statt, besteht die Gefahr der Desinformation oder Informationslosigkeit. Entkontextualisierung meint die Transformation der Information bezogen auf die eigene Problemlage bzw. Lösungsstrategie. Sickendiek et al. (2014) weisen darauf hin, dass diese Kompetenz vielen Nutzern nicht zur Verfügung stehe und dies eine weitere Begründung für Beratung sei. Weiterhin betonen Sickendiek et al. (2014), dass eine notwendige Bedingung von Informationen das Vertrauen darstellt. Beratung übernimmt im Kontext der Informationsbearbeitung die Transformation, also die Entkontextualisierung der Informationen für den Klienten. Vertrauen stellt dabei eine Bedingung dar, die das Gelingen dahingehend beeinflusst, dass ein Verständnis für die individuelle Situation des Klienten geschaffen werden muss, um die Transformation für den Klienten erfolgreich abschließen zu können. Vertrautheit ermöglicht nach Luhmann (1973, S. 19) „[...] ein relativ sicheres Erwarten und damit auch ein Absorbieren verbleibender Risiken.“ Vertrautheit konstatiert sich in der Vergangenheit und führt zum sich in der Zukunft determinierenden Vertrauen in Personen und Systeme (siehe hierzu auch Kapitel 4.8).

Beratung stellt dabei ein System dar, in dem Vertrauen aktiv erworben und gestaltet werden kann. Die Schaffung von unmittelbarer und zwischenmenschlicher Kommunikation führt zu einer Begegnung. Diese Begegnung schafft eine gemeinsame Gesprächsbasis und aktiviert Verständnis- und Verarbeitungsressourcen. (Sickendiek et al. 2014; Luhmann 1973)

Sickendiek et al. (2014) fassen die gesellschaftlichen Funktionen von Beratung wie folgt zusammen:

1. Sozialpädagogische Orientierung

Orientierung an individuellen Lebenslagen der Klienten mit dem Ziel der Kontextualisierung zur Bewältigung komplexer Anforderungen und Belastungen an das Individuum.

2. Gemeindepsychologische Ansätze

Der Beratungsfokus liegt in diesem Kontext auf den Systemen des Klienten, Organisationen und dem Gemeinwesen. Das Verständnis der helfenden Beziehung schafft einen Beratungsansatz, der Prävention und Empowerment in den Mittelpunkt stellt und das Unterstützen der individuellen Ziele der Lebensführung fokussiert. Dabei ist das Ziel, die notwendigen eigenen Ressourcen zu aktivieren, um die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen.

3. Die angloamerikanische Orientierung (Counselling, Counselling Psychology)

Diese interdisziplinäre und heterogene Orientierung von Beratung fokussiert die Aktivierung von Ressourcen und folgt einem präventiven, edukativen Ansatz von Beratung. Sie zielt damit auf Reaktivierung. Folgt man dem Diskurs von Sickendiek et al. (2014) hinsichtlich des Professionsverständnisses, dann stellt die angloamerikanische Orientierung diejenige dar, die einem Professionsverständnis am nächsten ist.

3.5 Beratungsbeziehungen

Beziehung kann grundlegend als Interaktion zweier Individuen verstanden werden, die dann als Dyade zu betrachten sind. Diese kann im Kontext der Beratung einmalig in Interaktion treten oder durch die Wiederholung der Interaktion diese stabilisieren und Interaktionsmuster erkennbar machen. Die Interaktionen bezeichnet Schäfter (2010, S. 26) als „Grundstruktur einer zwischenmenschlichen Beziehung“. Schäfter (2010, S. 29) formuliert in Anlehnung an Schulz von Thun Beziehung im kommunikationswissenschaftlichen Kontext wie folgt: „[...] Beziehung wird durch wechselseitige Kommunikation hergestellt, beeinflusst und verändert.“ Schäfter (2010, S. 30) beschreibt weiterhin Beziehung im sozialpsychologischen Kontext in Anlehnung an als eine Frage der „Affiliation und Anziehung“, wobei die positive Haltung einer Person gegenüber einer anderen eine zentrale Bedeutung einnimmt. Maier (1992) fasst die von Buber (2021) formulierte pädagogische Theorie (adaptiert von der Autorin, da Buber diese Punkte für die Erzieher-Kind-Beziehung formuliert hat) der Ich-Du-Beziehung in folgenden Punkten zusammen:

- Anerkennung der Andersheit
Akzeptanz der Eigenheiten und Distanz
- Gegenseitigkeit:
Vertrauen (Educandus/Klient) und Verantwortung (Berater), Gleichwertigkeit im Dialog, aber keine Symmetrie in der Beziehung
- Unmittelbarkeit:
Eine wahre Beziehung bedarf keiner Hilfsmittel und keiner Absicht. Es bedarf keiner Vorabinformationen und dem Gegenüber wird in seiner eigenen Realität begegnet
- Freiheit:
Die Individuen in der asymmetrischen Beziehung müssen sich dieser Asymmetrie immer bewusst sein und dass sie auch zu Machtmissbrauch und Manipulation führen kann. Eine Reflexion des eigenen Verhaltens ist stets notwendig, um der Verantwortung der Beziehung ggü. gerecht zu werden.

Beratung ist also immer eine Beziehung zweier Individuen, die eine dyadische Beziehung im Beratungskontext bilden. Die von Buber (2021) formulierten Aspekte können als Bedingungen einer gelingenden Beziehung formuliert und angewendet werden. Zu unterscheiden ist im Kontext der Beziehung noch die professionelle Beziehung von der privaten, freundschaftlichen Beziehung. In der professionellen Beziehung ist zuerst die Fachlichkeit ein wesentlicher Faktor. Die asymmetrische Beziehung ist charakterisiert durch die fachliche Spezialisierung des einen Beziehungspartners und den Bedarf an Informationen (vorrangiger Grund, oftmals stehen auch verdeckte Anlässe im Anliegen des Klienten) des anderen Individuums. Die Beziehung ist weiterhin gebunden bezogen auf Zweck und Zeit und unterliegt im Regelfall einer emotionalen Distanz unter den Individuen.

Im Kontext dieser Arbeit stellt die Arzt-Patienten-Beziehung eine zentrale Thematik dar. Deren Bedeutung und Beschreibung sowie die Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung können in Kapitel 2 bzw. 2.5 und 2.6 eingesehen werden.

3.6 Sprache, Interaktion und Transaktion in der Beratung

Sprache strukturiert nach Krämer (2019) die individuelle Wahrheit eines Individuums mithilfe von Worten und nonverbalen körperlichen Zeichen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass Sprache in zwei Formen stattfinden kann. Einerseits die alltägliche Kommunikation, die erweitert durch den Diskurs Begründung für soziale Kommunikation sein kann und durch die korrektive Einflussnahme des Diskurses Konsens erzielen kann, womit sie dazu beiträgt, Vernunft zu erzeugen. Ohne den Diskurs als zweite Komponente von Sprache würde Sprache als ein Medium der Macht agieren. Durch den Diskurs, der die eigene Sprache und damit die Interaktion von Individuen um Begründungszusammenhänge erweitert, entsteht Vernunft und Konsens in der Interaktion. Mehr noch argumentiert Krämer in Anlehnung an Habermas, „[...] weil Mißverständnisse, Meinungsverschiedenheiten, und Zwist unsere Kommunikation prägen, wird der Umstand, daß die Sprache, und zwar allein die Sprache, ein Instrument

bereitstellt, um im Streitfall eine Einigung ohne Einsatz von Gewalt erreichen zu können, so entscheidend.“ (Krämer 2019, S. 75) Vernunft und Rationalität seien somit das, was Sprache grundlegend hervorbringt.

Auch Bourdieu (2015, S. 45) verweist darauf, „[dass] der Rückgriff auf neutralisierte Sprache [...] immer dann geboten [ist], wenn es darum geht, zwischen Akteuren oder Gruppen von Akteuren mit ganz oder teilweise unterschiedlichen Interessen zu einer praktischen Übereinkunft zu kommen: in erster Linie heißt das natürlich im Feld der legitimen politischen Auseinandersetzung, aber auch bei den Transaktionen und Interaktionen des täglichen Lebens.“ Es wird weiterhin ausgeführt, dass „[das] Verständnis der symbolischen Wirkung der Sprache von Politik oder Religion [...] aber unvollkommen [wäre], wollte man die auf den Effekt von Missverständnissen reduzieren, die völlig entgegengesetzte Individuen dazu bringen, sich in derselben Botschaft zu erkennen.“ (Bourdieu 2015, S. 45)

Buber (1999, 2021) formuliert in seinem Modell des dialogischen Prinzips, gemäß dem Menschen entweder in Distanz oder in Beziehung zueinanderstehen. Der Mensch steht dabei in einem Verhältnis von Ich-Du und Ich-Es. Ich-Du wird als aktive Begegnung (Beziehung) beschrieben und das Ich-Es (Distanz) als Moment der Beobachtung und Beschreibung. Buber; Steinmetz (1999; 2016) benennen Hinwendung, Innewerden, Verantwortung, Anerkennung der Andersartigkeit, Gegenseitigkeit und Gleichheit und Umfassung als Kennzeichen der dialogischen Beziehung. Hinwendung wird dabei verstanden als die aktive und umfängliche Einlassung des einen auf den anderen. Das Innewerden beschreibt das Aufnehmen der Gesamtheit in Person im Dialog und das Realwerden der Wahrheit des anderen. Buber bezeichnet dies als ein „Einschwingen“ (1999, S. 282) auf den Partner der Gesprächsbeziehung. Die Reaktion auf das, was das Gegenüber fühlt, sieht und hört, ist bereits Teil des Wortes der Verantwortung selbst. Die (Ver-)Antwort(-ung) liegt darin zu antworten, zu erwidern auf das, was das Gegenüber sowohl verbal als nonverbal wahrnimmt. Menschlichkeit bedeutet die Wahrnehmung, Anerkennung und Würdigung der individuellen Aspekte des Gegenübers im Dialog. Dies beschreibt die Akzeptanz der Anerkennung. Gegenseitigkeit wird beschrieben als „Schauen und Geschautwerden, Erkennen und Erkanntwerden, Lieben und Geliebtwerden“ (Buber 1999, S. 104). Für die besondere Konstellation der Hilfe-Beziehung (z. B. Arzt-Patient, Lehrer-Schüler) wurden die Aspekte der Gleichheit und Umfassung formuliert. Die Beziehung fußt auf der zielgerichteten Tätigkeit, die ein Erfahrungsspektrum (Gleichheit) und Auswirkungen (Umfassung/Begrenzung durch das Ziel) für beide erzeugt.

Neben den Kennzeichen des dialogischen Prinzips von Buber (1999) beschreibt auch Krämer (2019) sowohl die Sprache als auch die Rede als soziale Handlung zur Verständigung. Krämer (2019) formuliert über die Kennzeichen von Buber hinaus einen Dualismus der Rede. Zwischen Sprechendem und Hörendem besteht einerseits die Inhaltsebene und andererseits die Beziehungsebene. Weiterhin kann im Dialog eine Inhalts- und eine Absichtsebene identifiziert werden. Habermas zitiert durch (Krämer 2019), konstatiert vier Geltungsansprüche, die mit

jeder Rede erwartet werden. Dieser Anspruch basiert auf Verständlichkeit, Wahrheit, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit und wird begründet von den vier Klassen der Sprechakte, die sich immer auf die objektive Welt, die subjektive Welt und die herzustellende soziale Welt beziehen:

1. Kommunikativa – sich äußern, sprechen, entgegenen,
2. Konstativa – beschreiben, berichten, erklären voraussagen,
3. Expressiva – wünschen, hoffen, offenbaren,
4. Regulativa – entschuldigen, befehlen, warnen.

Als Ergebnis eines Dialogs, einer kommunikativen Handlung oder des Schweigens als Handlung mit den Kriterien und Geltungsansprüchen kann, laut Habermas, die Vernunft konstatiert werden. (Krämer 2019)

Bourdieu (2015) sieht als Ergebnis der neutralisierten Sprache die Übereinkunft zweier Personen, die unterschiedliche Ansätze und Verständnisse hinsichtlich eines Themas aufweisen. Zuletzt verweist Krämer (2019) auf die performative Wirkung von Kommunikation, die alle anderen angeführten Autoren im Kern ebenfalls konstatieren. Die Performativität als Ergebnis, sowohl im Kontext als auch in der Sprache selbst, zeigt sich durch die Veränderbarkeit des Inhalts und dessen Bedeutung, durch die dialogische Ausführung und die Veränderbarkeit der Sprache selbst, die durch die wiederholte Anwendung eine Transformation in sich selbst vollzieht, wie es in der Betrachtung von Generations Sprachen zu beobachten ist.

Die Wahrnehmung eines anderen Individuums in seinem Denken und Handeln und darüber hinaus das Wirksamwerden, also das ineinander Hineinversetzen und das Annehmen der lebensweltlichen Realität des anderen und dessen Interpretation, kann als Interaktion beschrieben werden. Da dies einen wechselseitigen **11** Prozess zwischen zwei Individuen darstellt, kann darüber hinaus von einer sozialen Interaktion gesprochen werden. (Abels 2020) Abels (2020, S. 5) führt weiterhin aus: „Die Individuen zeigen durch ihr Verhalten an, als Wer sie angesehen werden wollen und wie sie den Anderen sehen und welche Erwartungen sie hinsichtlich des nächsten gemeinsamen Handelns hegen.“

Soziale Interaktion beschreibt somit das Handeln der Individuen in einem wechselseitigen Austausch. Diese Wechselwirkung findet zwischen mindestens zwei Individuen statt. Der Austausch dieser Interaktionen in den weiteren Systemen der Individuen und deren Weitergabe führt nach Abels (2020) unter Bezugnahme auf Georg Simmel (1858–1918) zur

11 Als Kriterien für Wechselseitigkeit/Wechselwirkung werden nach Hoffmann und Winter (2018) mit der Bewusstwerdung des Beobachtet-Werden das wechselseitige Wirken (als das aufeinander einwirkende Handeln), die doppelte Kontingenz und die Intersubjektivität beschrieben.

Beeinflussung der gesellschaftlichen Orientierung und, unter Bezugnahme auf Émile Durkheim (1958–1917) zur Bildung eines kollektiven Verständnisses von Normen und Werten. Die Interaktionen selbst haben also Auswirkungen auf die Individuen einer Gesellschaft, ohne dass regelgebende Instanzen regulative Eingriffe in das Gesellschaftssystem vornehmen. Sprache findet in der Ausübung der Interaktion ihre Anwendung und ist somit zentraler Kern der Interaktion, wobei eine Interaktion auch nonverbal stattfinden kann, da hierbei eine Handlung konstituiert werden kann, welche auch aktiv durch das Ausbleiben von Sprache als Interaktion gewählt werden kann bzw. sich auch durch die Interaktion in einem stillen Konsens kennzeichnet. (Abels 2020; Hoffmann und Winter 2018)

Die Übertragung (Aktion) einer Handlung hin zu einem anderen Individuum und die dabei entstehende Verbindung (Inter) kann als eine Austausch-Beziehung tituliert werden oder als Wechselwirkung. Auch Aufeinander-Bezogenheit ist ein Terminus, der das „Zwischen“ beschreibt. Dabei kann nach Bergner (2010) unter Bezugnahme auf Goffmann (1922–1982) die Dimension des situierten Einflusses und des situativen Einflusses konstatiert werden. Situierte Einflüsse werden in der Interaktion wirksam, aber entspringen dieser nicht ursprünglich. Situative Einflüsse treten nur in der Interaktion auf und stehen in Abhängigkeit zu der Situation der Interaktion selbst. Nach Bergner (2010) lassen sich weiterhin Strukturelemente der Interaktion identifizieren: soziale Situation, sozialer Anlass, soziale Norm. Soziale Situation ist das Beschreibungsmoment des Stattfindens der Interaktion, Beginn und Ende, innerhalb von Raum und Zeit. Dabei greifen besonders im Kontext des Raums die wirksam werdenden Forderungen zur Anpassung an soziale Normen. Einerseits fordert der Raum eine bestimmte soziale Norm, die sehr divergieren kann, z. B. eine Tagung, ein Arzttermin, ein privates Picknick, aber auch die beteiligten Interaktionspartner stellen (nonverbale) Forderungen. Diese können variieren, wenn nur zwei Interaktionspartner agieren, und sich ändern, wenn andere Interaktionspartner hinzukommen bzw. die Interaktion verlassen. Jedes Individuum selbst beansprucht einen eigenen Raum, in dem es agiert und sich verhält. Einhergehend mit Raum und Zeit stellen soziale Rollen ein Beschreibungsmoment der Interaktion dar. Bourdieu (2020) konstatiert im Kontext der Handlung zwischen Menschen besonders bezogen auf die soziale Rolle, dass Handlung beeinflusst ist durch die (unbewusste) Ausrichtung des Verhalten auf ein bestimmtes Ziel und die Grenzen des eigenen Habitus. Letzterer kann beschrieben werden als das Konglomerat von transzendentalen Handlungs-, Deutungs-, und Wahrnehmungsschemata (sowohl familiär-historisch als auch begründet in den Bildungsprozessen) eines Individuums, die nicht nur die Freiheit von Denkräumen eröffnen, sondern damit Grenzen innerhalb des Habitus erzeugen. (Bourdieu 2020; Jurt 2010)

Während die Begrifflichkeit der Interaktion die Gesamtheit der Wechselwirkungen zwischen Individuen beschreibt, bezeichnet die Transaktion die einzelne Aktion des Individuums in der Interaktion. Eine Transaktion ist eine gerichtete Anrede (verbal oder nonverbal), die eine Antwort zur Folge hat (Transaktionskette). Eine Transaktion ist also gekennzeichnet durch eine Aktion, die auf einem Reiz basiert und bei der Anrede wiederum einen Reiz generiert, der eine

Reaktion im Verhalten auslöst. Diese Betrachtung von Interaktionen in Transaktionen ermöglicht einen differenzierten Blick auf die minimalste Grundeinheit der sozialen Wechselwirkung. (Hagehülsmann 2012; Nowak 2011; Stewart und Joines 2007)

Die Feldspezifik in der vorliegenden Arbeit fokussiert die Interaktionen und Transaktionen innerhalb eines Beratungsgesprächs. Sowohl die Beratung selbst als auch der Ablauf der Interaktionen und Transaktionen stellen einen Prozess dar, der mithilfe der folgenden Fragen an den Ablauf nach Hoffmann und Winter (2018, S. 16) wie folgt aufgeschlüsselt werden kann:

- „- Ist A (bzw. dessen Handlung) für andere (B) perzeptiv zugänglich (Situation)?
- Nimmt B (die Handlung von) A wahr (Wahrnehmung/Aufmerksamkeit)?
- Nimmt A wahr, dass B ihn wahrnimmt und umgekehrt (reflexive Wahrnehmung)?
- Versteht B das Verhalten von A als Mitteilung (Kundgabehandeln)?
- Versteht B die gesetzten Zeichen von A (Symbolverwendung/Decodierung)?
- Versteht B, was A damit von ihm wollte (Intention/Meinen)?
- Reagiert B darauf (Reaktion)?
- Reagiert B ‚sinnentsprechend‘ (Responsivität/Qualität der Reaktion)?
- Und umgekehrt bis zur Reaktion von A auf B (Sequenzialität)?“

Unterlegt werden können diese Prozessschritte mit Aspekten zur Beschreibung einer gelingenden Beratungsbeziehung zur Herstellung funktionierender Interaktionen, die abgeleitet wurden aus den bindungstheoretischen Betrachtungen hinsichtlich der Anforderungen an professionelles pädagogisches Handeln. Diese Beschreibungseigenschaften wurden in Anlehnung an Drieschner und Gaus (2011, S. 137) wie folgt adaptiert:

1. Zuwendung: taktvolle und situativ angepasste Kommunikation, die wechselseitige Interaktionen fördert und damit Raum schafft für eine gelingende Bindungsbeziehung.
2. Sicherheit: Schaffung einer sicheren Umgebung sowohl in der Beratung als auch in der Irritationssituation. Nehmen von Unsicherheiten durch die Erkenntnis der Verfügbarkeit der Beratungsperson. Raumgebung zur Exploration der eigenen Irritation.
3. Stressreduktion: Reframing und Abbau von negativen Belastungsmomenten zur Verständniserzeugung hinsichtlich der eigenen Irritation und ihres Begründungszusammenhangs.
4. Explorationsunterstützung: Unter Bezugnahme auf die Schaffung eines sicheren Raumes angeleitetes Explorieren des Begründungszusammenhangs der Irritation.
5. Assistenz: Die Notwendigkeit der Unterstützung durch einen Dritten entsteht, wenn die Irritation die Autonomie stört und die konstruktive Handlungsfähigkeit blockiert. (Siehe dazu auch Kapitel 4.9.)

Können Interaktionen unter Bezugnahme auf diese fünf Einheiten in einem Beratungsprozess gestaltet werden, können konstruktive Reaktionen erzeugt werden, die dazu beitragen den Irritationszustand zu beseitigen.

3.7 Auswirkungen und Ergebnisse von Beratung

Beratung im Kontext sozialer Unterstützung zur Beseitigung von Irritationen von Individuen, die in ihrem Ursprung unterschiedlichste Begründungszusammenhänge aufweisen, sind bezogen auf ihre Ergebnisse nur bedingt messbar. Werden qualitative Ergebnisse beschrieben, sind diese von objektiven und subjektiven Dimensionen abhängig. Eine objektive Beschreibung von Wirkungen ist daher nicht möglich, da vielfältige Einflüsse und Bedingungen einen Beratungsprozess beeinflussen. (Beushausen 2016)

Nach Grawe et al. (2001) können fünf Wirkprinzipien innerhalb des Beratungsprozesses bzw. an die Intervention angelegt formuliert werden. Dabei stellt die Ressourcenaktivierung eines dieser Prinzipien dar. Mit dem Berater können die wirkungsvollen Ressourcen des Klienten analysiert werden und an diese anknüpfend kann gearbeitet werden. Die Sichtbarmachung dieser Ressourcen und der stützenden Beziehungen in der Lebenswelt des Klienten ermöglicht es diesem, Lerneffekte für aktuelle und spätere belastende Situation zu reaktivieren und neu nutzbar zu machen. Erkennbar wird an dieser Stelle der Richtungswechsel in der Bearbeitungsrichtung der Berater. Ähnlich wie es Antonovsky (1997) in seiner Betrachtung des Salutogenese-Modells (siehe auch Kapitel 4.3.1 in dieser Ausarbeitung) beschreibt, wird auch bei der Ressourcenaktivierung sichtbar, dass auf dem Kontinuum zwischen Irritation und Sicherheit des Klienten der Blick auf die Strukturen gelenkt wird, mit denen er gut umgehen kann oder Situationen die er bereits bewältigt hat, um daraus Handlungskonzepte ableiten zu können. Der Klient hat damit die Möglichkeit, wieder in Kontakt mit der eigenen Selbstwirksamkeit zu treten, auch wenn er diese für die aktuelle Belastungssituation noch nicht erreicht hat.

Die Problemaktualisierung ist ebenfalls ein von Grawe et al. (2001) aufgeführter Wirkfaktor. Damit wird die Betrachtung der Irritation aus verschiedenen Perspektiven beschrieben. Das System des Klienten wird angesprochen und die teilnehmenden Personen (z. B. Freunde, Familie, Kollegen) werden hinsichtlich ihrer Wahrnehmung und Erfahrungen mit der Irritation des Klienten herangezogen, was die Erfahrungs- und Wahrnehmungsräume des Systems erkennen lässt. Die eigene Perspektive kann unter Bezugnahme auf die Perspektiven dieser Personen angepasst und hinterfragt werden. Die Ausdifferenzierung der Irritation hinsichtlich der weiteren Einflussfaktoren wird als aktive Hilfe zur Problembewältigung, als dritter Wirkfaktor beschrieben. Gemeint ist dabei, zu analysieren, welche Unterstützungsangebote dem Klienten helfen können. So kann z. B. ein begleitendes Coaching eingesetzt werden, um Stressoren zu ermitteln und den Umgang mit diesen zu verändern. Dabei stellen diese Stressoren nicht die eigentliche Irritation dar, sondern sind als eine Art Begleiterscheinung zu identifizieren. Bei dem Wirkfaktor der (therapeutischen) Klärung stehen die bewussten und unbewussten Ziele des Klienten im Vordergrund. Unbewusste Ziele sind jene, die durch familiäre Sozialisierung angenommen und fortgeführt wurden, aber dem Klienten vielleicht nicht immer klar zugänglich sind (z. B. Überführung von elterlichem Verhaltensmuster in das eigene Verhalten). (Grawe et al. 2001)

Als letzten Wirkfaktor beschreibt Grawe (2001, S. 228) die Beziehung zwischen Klienten und Berater. Dabei können aufseiten des Beraters verschiedene Kompetenzen identifiziert werden, die als Wirkfaktor tituliert werden können, z. B. professionelles Handeln, die Initiierung von Prozessen, das Aufrechterhalten der Beziehung in Belastungskontexten durch ein plausibles Erklärungsmodell mit konsistenten Behandlungsmethoden. Neben diesen professionellen Kompetenzen der Berater, die an dieser Stelle nur beispielhaft aufgeführt wurden und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, formulieren Grawe et al. (2001, S. 19) noch extratherapeutische Wirkfaktoren, die nicht nur durch Berater, sondern insgesamt durch das System des Klienten erzielt werden können. Zu nennen sind hierbei exemplarisch das „Einfühlende Verstehen, Hilfe bei realitätsgerechter Lebensgestaltung, Förderung von Sinnerleben, Förderung des leiblichen Bewusstseins, Förderung von Lernmöglichkeiten, Förderung von Identitätserleben, die Förderung tragfähiger Netzwerke und die Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen“ (Grawe et al. 2001, S. 19).

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Beschreibung der Auswirkungen von Beratung unpräzise ist und nicht auf das System Berater-Klient reduziert werden kann, denn auch die extratherapeutischen Faktoren können vom Sozial - oder Familiensystem angeboten werden. Beschrieben werden können aber über alle sozialen Beratungsangebot hinweg Gemeinsamkeiten von unterschiedlichen Auswirkungen aufgrund von professionellen Kompetenzen und extratherapeutischen Maßnahmen. Dabei steht die Interaktion im Kern dieser Auswirkungen, wie es auch die Studie von Asay und Lambert (2001) zitiert nach Hubble (2001, S. 49) aufzeigt. Die vier Hauptwirkfaktoren unterliegen dabei einer prozentualen Verteilung, wie folgt:

- „30% Beziehung zwischen Berater und Klient (Qualität der Beziehung, therapeutische Allianz und Arbeitsbündnis)
- 15 % Technik und Methode (spezifische Strategien und Techniken einer bestimmten Beratungs- oder Therapierichtung)
- 15 % Placeboeffekte (Schaffung von positiven Erwartungen, Zuversicht und Hoffnung)
- 40 % Extratherapeutische Veränderungen“

Deutlich wird bei dieser Analyse, dass das Bewältigen von Irritation bereits weit vor der Inanspruchnahme von professioneller Beratung beginnt und flankierend von diesen extratherapeutischen Veränderungen durchgeführt wird. Gefolgt wird diese Komponente von der Beziehungskomponente. Diese Beziehung zeichnet sich durch Interaktion aus, die, wie in Kapitel 3.7 beschrieben, Korrektiven- und Einflussnehmenden Charakter aufweist (siehe auch Krämer (2019) und ist notwendig, um Vernunft zu erzeugen. Auch Hasenzagl (2007) konstatiert, dass die aus der Interaktion folgende Intervention durch den Klienten in das System getragen wird. Stößt sie dort auf Resonanz, besteht Anschlussfähigkeit an die erste Intervention und es erfolgt eine zielgerichtete Umsetzung, was zur Beseitigung der Irritation beiträgt. Das Herausragen der Intervention in das soziale System des Klienten trägt somit

maßgeblich zum Erfolg der Beratung bei, was wiederum die Bedeutsamkeit der extratherapeutischen Faktoren bestätigt.

3.8 Grenzen und Kritik

Wie durch Herriger (1997) und Nestmann et al. (2013) formuliert, findet sich die Leistung der Beratung in der Hilfe zur Selbsthilfe, zur Anpassung an soziale Lebensbedingungen wieder. Jedoch muss auch gefragt werden, worin dieser Anpassungsbedarf begründet ist.

Die Dimensionen der Individualisierung definieren verschiedene Beratungsanlässe, wie das Aufbrechen tradierter Strukturen innerhalb des sozialen Systems, der Machtverhältnisse oder der Versorgungsverhältnisse, wie es während der Coronapandemie zu beobachten war. Auch die Veränderungen von Werten und Normen, also Veränderungen in den Sinnstrukturen, führen zu Irritationen bei den Individuen sowie zur Ausdifferenzierung der subjektiv wählbaren Lebenswege. Diese Anlässe können begründet sein in der lebensweltlichen Beschleunigung, also in den gesellschaftlichen Wandlungs- und Transformationsprozessen. Diese Beschleunigung beschreibt die Normalität neu oder verändert sie in hohem Maße. Diese Anpassungsleistung kann von Individuen erbracht werden oder nicht. Dies kann im Sinne von Goffmann (1922–1982) zitiert nach: Schink (2016) als stigmatisierte Perspektive beschrieben werden, da diese die Teilhabe am Normalen nicht erreichen bzw. an bestimmten Prozessen nicht teilhaben können. Andererseits betrachten Nestmann et al. (2013) die Anpassung an die Normalität als gut abzuwägendes Verhalten. Dieses Verhalten spiegelt sich in der Abhängigkeit von Wahrhaftigkeit und Nichtwahrhaftigkeit wider. Die Wahrhaftigkeit des freien und mündig wählbaren Lebens konstatiert sich in der Nichtwahrhaftigkeit. Gemeint ist die strategische Anpassung an das gesellschaftliche Leben mit Blick auf das Notwendige und Nützliche. Das Notwendige wird eingesetzt, um handlungsfähig zu sein im Sinne eines funktionierenden Konstruktes bezogen auf die jeweilige Perspektive (z. B. in einem bestimmten Rollenkonstrukt, als Mutter, als Kind, als Freund, als Nachbar, als Mitarbeiter, als Führungsperson usw.). Dabei kann der Intimraum eines Individuums geschützt werden, da nicht alle Faktoren preisgegeben werden, sondern nur dann, wenn sie auch nützlich erscheinen. (Schink 2016; Nestmann et al. 2013)

Deutlich wird, dass eine strategische Nichtanpassung auch das Wissen um die Strategie der Anpassung bedarf, damit eine Wahl getroffen werden kann. De facto ist der Ausschluss von Individuen aus gesellschaftlichen Prozessen gegeben, da die Wahl zwischen Normalität und Intimität nicht jedem zugänglich ist. Beratung stützt diese Individuen in der Gesellschaft und fördert die soziale Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen. Nestmann et al. (2013) argumentieren ebenfalls mit dieser Perspektive, dass Beratung ein unterstützendes Hilfsangebot darstellt, das Optionen zugänglich und verstehbar macht und dies innerhalb der Deutungsmuster des Klienten. Dennoch verfolgt auch die soziale Beratung grundsätzliche Ziele der Vorstellung eines gelingenden Lebens und hat zum Ziel, diese mit pädagogischen Mitteln den Individuen zu vermitteln. All diese Aspekte lassen sich in den Kontext der asymmetrischen Beziehung einordnen, auch in den strukturellen Kontext von Überlegenem

und Unterlegenem. Die Machtstruktur findet allerdings nicht in einem Hilfskontext statt, sondern in einem strukturellen Beziehungskontext wie Polizei, Bundeswehr und grundsätzlich stark hierarchisch strukturierten Einheiten. Die asymmetrische Hilfebeziehung findet da ihre Begründung, wo Individuen mithilfe von Beratung ihre eigenen Entwicklungspotenziale kennenlernen und erweitern können, um auf lebensweltliche Veränderungen und auch reale Belastungsmomente reagieren zu können. Diese Form von Beratung trägt dazu bei, dass Individuen ihre eigene Lebenswelt autonom steuern, Stigmata aufbrechen und zwischen Wahrhaftigkeit und Nichtwahrhaftigkeit entscheiden können. (Schink 2016; Nestmann et al. 2013; Dick 2016)

3.9 Patientenberatung als paradigmatisches Modell

Die zahnmedizinische Patientenberatung steht als Feldzugang im Kern der vorliegenden Arbeit. Bereits im Jahre 1996 startete das bundesweite Pilotprojekt „Zahnmedizinische Patientenberatung“. Dieses Angebot, das von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Landes Zahnärztekammer ins Leben gerufen wurde, ermöglicht ein telefonisches, aber auch persönliches Beratungsgespräch mit einem Zahnmediziner oder einem qualifizierten Mitarbeiter (die Abbildung 7 visualisiert die Einbindung der Patientenberatungsstellen in die zahnärztliche Selbstverwaltung). Eine Vielzahl der Berater arbeitet auf ehrenamtlicher Basis außerhalb ihrer Arbeitszeit oder aus ihrem Pensionsstatus heraus. Die Berater unterliegen der Schweigepflicht. Die Beratung findet nicht in einem Behandlungszimmer statt, sondern in einem ungestörten und neutralen Raum. Dies umgeht die Gefahr der Stresssituation, die im Behandlungsstuhl entstehen kann, und schafft ein entspannteres Umfeld für den Klienten. Die Implementierung der zahnmedizinischen Patientenberatung stellte ein Ergebnis der Forderung nach mehr Zugang und Information des ärztlichen Handelns dar und ist ein Angebot, das auf die Veränderung in der Arzt-Patienten-Beziehung vom Paternalismus hin zu einem partizipativen Verständnis dieser Beziehung reagierte, was sowohl im technischen Fortschritt als auch im gesellschaftlichen Kontext von Individualisierung und Autonomiestreben begründet liegt. Die Notwendigkeit von Beratung zielt darauf, das eigene Verhalten hinsichtlich einer krankheitsbedingten Irritation so steuern zu können, dass im Sinne des Salutogenese-Modells und der partizipativen Entscheidung eine bestmögliche therapeutische Entscheidung getroffen werden kann. (Reibnitz et al. 2001; Dick et al. 2015; o. A. 2022)

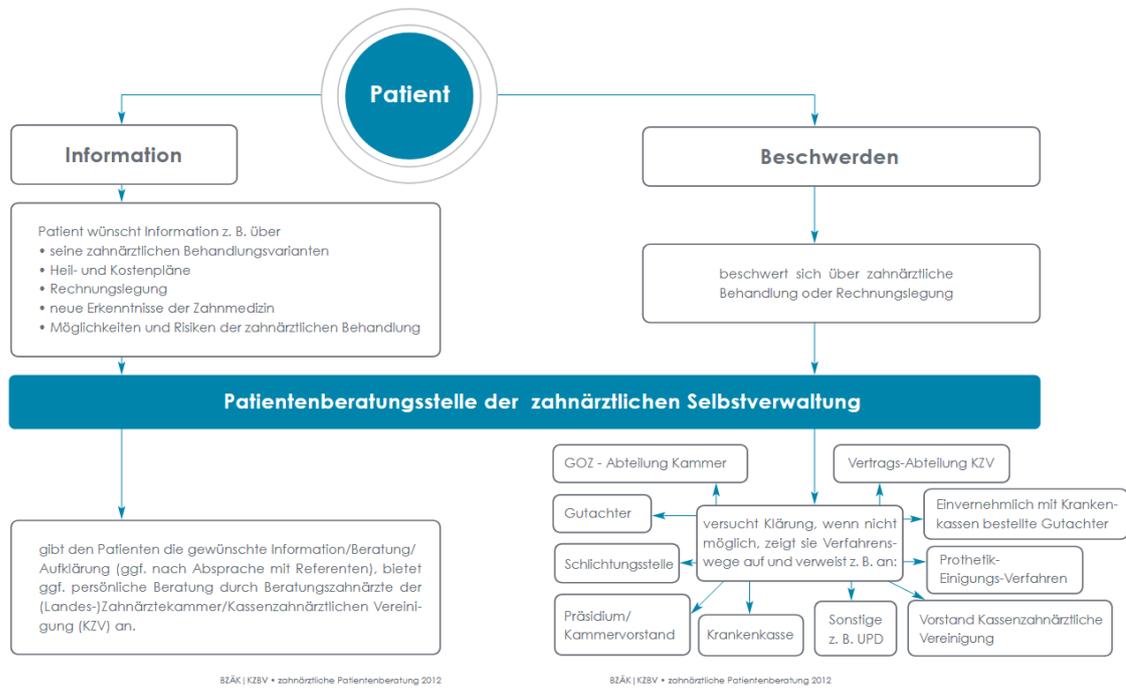


Abbildung 7: Aufbau der Patientenberatungsstellen der zahnärztlichen Selbstverwaltung (BZÄK und KZBV 2012)

Die Grundsätze der zahnärztlichen Patientenberatung wurden durch die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012, S. 10) formuliert. Diese lauten wie folgt:

1. Fachlich und sozial kompetent
2. Neutral, verschwiegen und unabhängig
3. Leicht zugänglich
4. Kostengünstig
5. Qualitätsgesichert
6. Transparent
7. Weisungsfrei/frei von wirts. Interesse
8. Verständlich für den Patienten

Fachlich und sozial kompetent wird dabei verstanden als ein Beratungsgeschehen, dass nur durch einen Zahnarzt fundiert angeboten werden kann, da eine solche Expertise sowohl eine moderne wissenschaftlich als auch eine patientenzentrierte Orientierung mit sich bringt. Der Einsatz von versiertem Fachpersonal aus den Kammern erfolgt ebenfalls in der Beratung, wobei hier eine erste Orientierung hinsichtlich der Themen und Anliegen erfolgen kann und dann ggf. eine erste Weiterleitung. Auch wird hinsichtlich HKP, Rechnungen und anderen Aufstellungen zu Behandlungen und Finanzierungen beraten. Diese sind neutral, verschwiegen und unabhängig und wahren Anonymität und Vertraulichkeit, womit sie einen Raum der Sicherheit, Vertrautheit und Authentizität schaffen. Die Unabhängigkeit wird durch eine Behandlungssperre des Beratenden von insgesamt zwei Jahren gewahrt. Das Kriterium der leichten Zugänglichkeit wird durch ein bundesweites Beratungsnetzwerk, ausführliche Informationen in den Medien und dem Internet sowie das bundesweite Informationstelefon gewährleistet. Die Patientenberater werden innerhalb der Einzugsgebiete ausgewählt und durch regelmäßige Treffen und interne Fortbildungen weitergebildet. Statistisch erhobene Daten aus den Beratungen werden zur internen Qualitätssicherung ausgewertet. Transparenz

wird anhand der Neutralität und Unabhängigkeit als auch der Verpflichtung der Vermittlung von wertfreiem Wissen gewährleistet. Die Berater vermitteln somit die möglichen Behandlungsoptionen und Kosten, um eine informierte Entscheidungsbasis für den Patienten zu schaffen. Weiterhin erfolgt eine regelmäßige Veröffentlichung der evaluierten Daten zur Patientenberatung an die breite Öffentlichkeit. Die Berater unterliegen keinerlei Weisung von Leistungsträgern des Gesundheitssystems, sondern lediglich dem Ethos des zahnmedizinischen Berufes. Neben den veröffentlichten leicht verständlichen Informationen durch die Selbstverwaltung können die Berater auch auf Grundlage ihres Erfahrungsspektrums als Mediziner und versierten Mitarbeitern die Informationsvermittlung so gestalten, dass auf die individuelle Situation des Patienten eingegangen werden kann und das Wissen verständlich aufbereitet wird. (BZÄK und KZBV 2012)

Lotse zu sein und Orientierung zu geben sind neben der damit verbundenen Wissens- und Informationsvermittlung die Hauptziele der Patientenberatung. Dabei erzeugt das Beratungssetting eine interne Qualitätssicherung, die der Profession aufzeigt, welche Bedürfnisse die Patienten mitbringen, wie diese auf gesamtgesellschaftliche Phänomene reagieren und wie diese sich auf die Behandlungssituationen auswirken. Die Beratung arbeitet nicht mit einem Beschwerdemanagement im Sinne der Aufnahme einer Beschwerde durch einen dritten, der eine Schlichtung voranzutreiben versucht, sondern mit einem Verständnis der Asymmetrie in der APB, die Belastungsmomente mit sich bringen kann, die weiterhin Irritationen auslösen können. Das moderne Gesundheitssystem schafft eine zeitliche und wirtschaftliche Rahmung, dass der Heterogenität und Individualität der Patientenschaft nicht immer gerecht werden kann. In diesen Fällen schafft die Beratung eine Möglichkeit zum Abbau der Irritation. (BZÄK und KZBV 2012; Lang und Sänger 2005; Reibnitz et al. 2001) Dies meint auch, dass die Beratung ein Instrument darstellt, das Patienten dabei unterstützen kann, ein selbstbestimmtes Verhalten hinsichtlich des eigenen Bewusstseins von Krankheit und Gesundheit zu entwickeln und selbstbestimmt in diesem Kontext Entscheidungen treffen zu können. Die Bereitstellung von Raum und Zeit für Beratung, das Aufzeigen der unterschiedlichen Therapieoptionen hinsichtlich der Behandlung und die damit begleitete Schaffung von Orientierung fördert Patienten darin, ein aktives Gesundheitsverhalten zu entwickeln. (Siehe dazu auch Kapitel 4.4) Damit einher geht die Stärkung des Patienten in seiner individuellen Situation im Sinne eines Empowerment-Prozesses (siehe dazu auch Kapitel 4.9) und des Salutogenese-Modells. (Siehe dazu auch Kapitel 4.3.1) Damit erfüllt die Patientenberatung auch die in der Ottawa-Charta formulierten Ziele hinsichtlich des Patienten-Empowerments, also die Unterstützung und Befähigung des Patienten. (WHO 1986)

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln ist darum bemüht, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen.“ (WHO 1986, S. 2)

Deutlich wird aus dem angeführten Zitat, dass die Beratung eine zunehmende gesellschaftliche Bedeutung innehat und auch innerhalb des Gesundheitssystems durch die Patientenberatung wirksam wird. Dieses System mit seinem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bringt dabei zwei weitere Begrifflichkeiten mit sich, die auf einem Kontinuum zu verorten sind: Laie und Mediziner.

Neben der fachlichen Ausbildung und dem Erfahrungsspektrum des Mediziners finden sich auf der Seite des Laien Kenntnisse über volksmedizinische Praktiken und Hausheilmittel. Sickendiek et al. (2014) weisen darauf hin, dass das Laiensystem die weitaus größere Gewichtung bei der Bewältigung einer Krankheit einnimmt. Der episodische Zustand einer Krankheit unterliegt zuerst Filterprozessen im Laiensystem, bevor überhaupt das offizielle System in Anspruch genommen wird – ausgenommen Notfälle und notfallmedizinische Maßnahmen. Bevor also das offizielle Gesundheitssystem angesprochen wird, werden eigenen Kompetenzen abgefragt, die Kompetenzen des eigenen Netzwerkes und ggf. soziale Unterstützungsangebote genutzt. Das Laiensystem weist aber hinsichtlich der Vollumfänglichkeit der Abbildung des medizinischen Systems zu große Lücken auf. Die Abbildung medizinischer und außermedizinischer Maßnahmen zur Heilung weisen eine solche Komplexität auf, dass Beratung hier eine zentrale Rolle einnimmt. Die grundständigen, mit dem Gesundheitssystem verankerten Beratungsangebote haben oftmals belehrenden Charakter und die Minimierung von Risiken aufseiten des Patienten zum Inhalt. Gesundheitsförderungen als Beratungsangebot kann überspitzt als ideologischer Leitgedanke verstanden werden und sich als solches in der Gesellschaft verankern. Beratung im medizinischen Kontext, Gesundheitsförderung, aber auch Beratung durch Mediziner und medizinisches Personal darf nicht zur Stärkung der Konsumsouveränität beitragen, sondern muss dem Patienten Orientierung, Verständnis und Vermittlung entgegenbringen. (Sickendiek et al. 2014)

4. Theoretische Betrachtungen

4.1 Professionstheoretische Betrachtung

Als Professionen werden jene Berufe verstanden, die im Kontext der Gesellschaft eine besondere Verantwortung für diese übernehmen. Dabei stehen die Ordnung und Entwicklung der Gesellschaft im Mittelpunkt. (Dewe et al. 1992)

Dewe et al. (1992, 7ff.) betonen, dass diese Berufe „[...] wie Geistliche, Ärzte und Juristen – zentralwertbezogene Leistungen für die Gesellschaft erbringen und dabei einer besonderen Handlungslogik folgen, die sie gegenüber anderen Berufen heraushebt“. Sie gehen weiterhin darauf ein, dass „[...] die Interaktion zwischen Professionellen und seinem Klienten asymmetrisch strukturiert gesehen [wird]: Der Klient ist der Laie für den der Professionellen (daher) richtiges Handeln definiert, wozu er ein gesellschaftliches/staatliches ‚Mandat‘ hat.“ (Radtke 1992, S. 31)

Bevor in dieser Betrachtung die asymmetrische Beziehung zwischen Klienten und Professionellen und die Laienbeziehung in den Mittelpunkt gestellt wird, werden die grundlegenden theoretischen Modelle der Professionssoziologie in Anlehnung an die Ausführungen von Miege (2003, S. 118 - 146) vorgestellt. Miege unterscheidet in die anglo-amerikanische und die deutschsprachige Theorieinie.

Im anglo-amerikanischen Theoriekontext stehen der Funktionalismus, geprägt durch Parsons (1964) und Goode (1957), und der machttheoretische Ansatz nach Johnson (1972) und Larson (1977) im Vordergrund der Betrachtung. Das funktionalistische Verständnis fußt auf der Ansicht, dass Professionen aus den akademischen Berufen heraus zentrale Funktionen im Kontext der Gesellschaft übernehmen, um zum Erhalt der grundsätzlichen Ordnung beizutragen. Dabei sind es sowohl Rechte als auch Pflichten, die von den Professionsinhabern bzw. von den Professionen übernommen werden müssen. Zu den Pflichten gehören gemeinwohlorientierte Aufgaben und zu den Rechten ein z. B. über dem Durchschnitt liegendes Einkommen sowie ein gewisser Grad an Autonomie in der Ausübung. Aufgrund der akademisierten Ausbildung sind die Professionsinhaber Experten in ihrem Funktionsbereich und können dadurch, wie beim Arzt oder Richter, Urteile aussprechen, die Auswirkungen auf Einzelne und damit auch auf die Gesellschaft haben. Zu ihnen haben aber auch alle Teilhabenden der Gesellschaft Zugang und sie weisen somit neben der Gemeinwohlorientierung auch eine Integrationsfunktion auf. Miege (2003) führt Parson und Goode als führende Autoren in diesem Kontext an.

Der machttheoretische Ansatz versteht die Profession als Kontrollorgan bestimmter Berufe und der damit verbundenen Bildung von Monopolen und Kartellen. Die Profession wird von nach Miege (2003) als Machtinstanz beschrieben, die sowohl die Definition als auch die Erfüllung der Bedürfnisse des Individuums bestimmt. Die damit verbundene Gemeinwohlorientierung lässt sich durch das Streben nach einem Aufstieg der Teilhaber der

Mittelschicht beschreiben, was eine Ideologie der Verschwörung vermuten lassen kann. Die Beziehung zwischen Professionellem und Klienten stehe im Mittelpunkt der interaktionistischen Betrachtung der Profession. Das durch die akademische Ausbildung generierte Spezialwissen des Professionellen diene der Veränderung oder Unterstützung des Klienten, was wiederum Auswirkungen auf den Klienten, aber auch auf die Gesellschaft habe. Verstanden wird die Profession als ein Konstrukt, das sich aus dem Handeln und Entwickeln aus der Interaktion konstituiert, wobei der historische Begründungszusammenhang der Profession nicht deutlich wird. Im interaktionistischen Ansatz wird neben der Interaktion auch das von Vertrauen geprägte Verhältnis zwischen Professionellem und Klienten deutlich, das notwendig ist, um Veränderung und Unterstützung zu generieren.

Mieg (2003) betont weiterhin den dualistischen Charakter des funktionalistischen und des machtheoretischen Ansatzes. Dabei konstatiert er, dass im Kontext der professionellen Leistung das wirtschaftliche Handeln ein Teil dieser Leistung sei und nicht losgelöst von dieser Leistung betrachtet werden könne. Die mit dieser Sicht verbundene Verwaltung und Bereitstellung durch das historische Erwachsene spezialisierte Wissen der Professionsinhaber macht den funktionalistischen und Macht ausübenden Charakter deutlich.

Die sich im deutschsprachigem Raum entwickelten Theorien der Professionssoziologien sind geprägt von Stichweh (2017), Oevermann (2017) und Schütze (1996). Dabei werden in Anlehnung an Combe und Helsper; Mieg und Pfadenhauer (2017; 2003) die Theorien im Einzelnen skizziert.

Der systemtheoretische Ansatz beschreibt das Phänomen des Übergangs der Profession hin zu einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft und die Entwicklung des historisch und tradiert erwachsenen und elitären Professionsverständnisses hin zu einem Gesellschaftssystem, das durch Transformationen die Entwicklung aus dem sozialen Status heraus möglich macht. Eine weitere Ausdifferenzierung beschreibt Luhmann (1977) in den gesellschaftlichen Funktionssystemen und benennet diese als „binäre Codes“. Neben dieser Dualität in der Wirtschaft (Gewinn und Verlust) und im Recht (Recht und Unrecht) ist die Entwicklung in der Medizin von Leben und Tod hin zu krank und gesund spezifiziert worden. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass sich in den Funktionssystemen sowohl Leistungs- als auch Komplementärrollen entwickeln. Dabei übernehmen die Professionsinhaber die Leistungsrollen mit der Vermittlung von Komplexitäten als Hauptaufgabe. Der durch Oevermann geprägte strukturtheoretische Ansatz stellt das professionelle Handeln zur Bewältigung einer Krise von Individuen in den Vordergrund. Helsper; Helsper et al. (2016; 2000) betonen die lebensbegleitenden Spannungen, die „Entscheidungszwang“ und „Begründungsverpflichtungen“ mit sich bringen. Das professionelle Handeln und das damit verbundene Professionsverständnis zielt auf die „[...] Stärkung der Autonomiepotentiale der Lebenspraxis anderer. Und zwar auf Personen die entweder lebenspraktische Autonomie noch nicht erreicht haben oder aber vorübergehend, situativ oder irreversibel darin beeinträchtigt sind.“ (Helsper et al. 2000, S. 7)

Zum Erhalt dieses professionellen Arbeitsbündnisses werden Handlungsrahmen konstruiert, um der Anfälligkeit und Dynamik in diesem Bündnis entgegenzutreten und dieses reflektieren zu können. (ebd.)

Der interaktionistische Ansatz, der im deutschsprachigen Kontext von Fritz Schütze geprägt wurde, unterscheidet sich von der Konstruktion eines Handlungsrahmens besonders darin, dass die interaktionistische Analyse in den Vordergrund der Untersuchung des Arbeitsbündnisses gestellt wird. Das Paradox im professionellen Handeln wird in der Typenbildung, der Prognostik und Betrachtung des Einzelfalls als Situation mit Projektcharakter beschrieben, da die Entmystifizierung des Einzelfalls einen Machteingriff der Profession darstelle. Unterstellt man in dieser mikrosoziologischen Betrachtung der Interaktion, dass die Wirklichkeitsrekonstruktion nur dem Klienten allein obliegt, versteht sich dieser umsichtige Ansatz auch zum Schutz des Klienten und der sensiblen Beziehung zwischen diesem und dem Professionellen. (Mieg und Pfadenhauer 2003)

Betrachtet man die vorgestellten professionstheoretischen Ansätze, so kann die Ausdifferenzierung eines Spannungsfeldes konstatiert werden, das sich mit den Paradoxien, dem Widersprüchlichen und den Antinomien des professionellen Handelns auseinandersetzt. Die Theorien zeigen, dass sich die Professionen selbst als nicht wissenschaftlich oder bürokratisch lenkbar darstellen. Die widersprüchlichen Handlungsanforderungen konstituieren sich aber immer mit dem Ziel der Gemeinwohlorientierung, auch wenn die machtheoretische Perspektive Abweichungstendenzen erkennen lässt, so Helsper et al. (2000).

Dick (2016, S. 22) weist ebenfalls auf die Gemeinwohlorientierung und die Vermittlung durch die Profession hin: „Das primäre Leistungssystem gewährleistet Hilfe und Sorge, Begegnung und Beziehung, Entwicklung und Sinnstiftung. Es basiert auf unverfälschtem Vertrauen, Offenheit und Verlässlichkeit. Professionsentwicklung verfolgt den Anspruch dieses Leistungssystem zu stärken ohne es zu entfremden oder ihm äußerliche Maßstäbe aufzuoktroieren. Die gute Arbeit der Profession ist eine wesentliche Ressource für ein gutes Leben Aller.“

4.2 Zahnmedizinische Profession

Die aus der klassischen Medizin entsprungene und damit relativ junge Profession der Zahnmedizin setzte im späten 19. Jahrhundert wesentliche Meilensteine auf dem Weg hin zur Profession. Im Jahre 1891 wurde der „Vereinsbund Deutscher Zahnärzte“ gegründet, der als erste berufspolitische Instanz Forderungen und Interessen formulieren und vertreten konnte. Im Jahre 1909 wurde, durch eine erneute Änderung in der universitären Prüfungsordnung der Mediziner, die Anbindung der Studierenden der Zahnmedizin an die medizinische Fakultät beschlossen. Somit erhielten die Studierenden der Zahnmedizin auch das Promotionsrecht und die Möglichkeit zur Habilitation. Die Akademisierung des Berufes und die Verwissenschaftlichung waren Teil des Professionalisierungsprozesses, der auf die Jahre 1919

bis 1952 zu datierten ist und mit dem Ende des Dualismus zwischen Zahnmedizin und Dentisten mit dem Zahnheilkundegesetz 1952 abgeschlossen war. Weitere wesentliche Entwicklungsschritte, die der stetigen Weiterentwicklung der Profession und Sicherung der Selbstverwaltung dienten, fanden in 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts statt mit der Gründung des „Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte“ und der Einführung der „Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung“. Auch die Zahnmedizin wurde ihrem Gemeinwohlverständnis bereits in jungen Jahren gerecht, als erste Schritte im Kontext von „Public Health“ getätigt wurden, mit ersten Reihenuntersuchungen bei Schulkindern und der sich anschließenden Konstituierung des „Bonner Systems“. Dieses System wurde durch Alfred Kantorowicz vorangetrieben. Es führte die unentgeltliche und kollektive Zahnbehandlung der Kinder aller Gesellschaftsschichten ein und leistete damit einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Zahngesundheit.

Neben dem hippokratischen Eid wird die „Charta zur ärztlichen Berufsethik“ dem professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft angeführt, um die berufliche Werteorientierung und somit das Grundverständnis in der Zahnmedizin deutlich zu machen. Dabei nimmt die Charta sowohl die Veränderungen in Gesellschaft, Technologie, Politik und Medizin als auch die Rolle des Arztes selbst und vor allem die dadurch bedingte Veränderung in der Arzt-Patienten-Interaktion in den Hauptfokus. Es wurden drei Grundtypen und weiterführende Verpflichtungen zur ärztlichen Verantwortlichkeit formuliert, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. (Köbberling 2003; Medical Professionalism Project 2002)

„Grundlegende Prinzipien

1. Das Primat des Patientenwohls
2. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten
3. Die soziale Gerechtigkeit

Ärztliche Verantwortlichkeiten

1. Verpflichtungen zur fachlichen Kompetenz
2. Verpflichtung zur Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten
3. Verpflichtung und Vertraulichkeit
4. Verpflichtung zur Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten
5. Verpflichtung zur ständigen Qualitätsverbesserung
6. Verpflichtung zum Erhalt des Zugangs zu medizinischen Leistungen
7. Verpflichtungen zur gerechten Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen
8. Verpflichtung zur Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse
9. Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenskonflikten
10. Verpflichtung zur kollegialen Verantwortung“

(Medical Professionalism Project 2002, S. 117)

Die Arzt-Patienten-Beziehung und das damit verbundene Vertrauen stehen im Vordergrund des ersten Prinzips. Damit werden eine altruistische Haltung und die Orientierung am Interesse der Patienten betont, die vor externen Zwängen geschützt werden sollen. Der Respekt des Mediziners vor der Selbstbestimmung des Patienten steht im Mittelpunkt des zweiten Grundprinzips. Dabei dient die Unterstützung hin zu einer informierten und sachgerechten Entscheidung durch den Mediziner als Hauptvorgabe, solange diese Entscheidung ethisch zu vertreten ist. Im dritten Grundprinzip steht die Schaffung einer diskriminierungsfreien und fairen Umgebung, hinsichtlich der fairen Verteilung von Ressourcen als Maßgabe in diesem Prinzip. (ebd.)

Die ärztlichen Verpflichtungen werden an diesem Punkt nicht weiter ausgeführt, da die Kernaussagen bereits in der Betitelung der Verpflichtung deutlich werden. Deutlich wird aber bei der Betrachtung die Grundprinzipien, dass die APB und die Entscheidung des Patienten im Fokus stehen. Vertrauen, Respekt, Selbstbestimmung und faire Verteilung sind nur auszugsweise genannte Schlagwörter, die die Professionsentwicklung im Bereich der Anerkennung der Interaktionsebene und der damit verbundenen Entwicklung deutlich machen. Auch die Betonung der partizipativen Entscheidungsfindung, wie im theoretischen im Kapitel 2.6 erläutert wurde, macht deutlich, dass das Verständnis der medizinischen Profession einen an die gesellschaftlichen Entwicklungen angepassten Prozess darstellt und den Forderungen innerhalb dieser gerecht zu werden versucht. Das Professionsverständnis ist geprägt durch einen stetigen Entwicklungsprozess, der in den Grundprinzipien deutlich wird und den z. B. Dick (2016) hinsichtlich seiner Diskussion um die aktuellen Anforderungen an die Profession kennzeichnet. Die Zahnmedizin selbst hat bislang keine ähnlichen Prinzipien formuliert. Jacob und Walther (2016) verweisen auf das professionsethische Basisverständnis, das sich an den Prinzipien von Beauchamp et al. (2023) anlehnt (siehe Kapitel 2.5 in diesem Dokument), und die aktuell zunehmenden heterogenen Herausforderungen, die sich aus der Gesellschaft, z. B. der Zunahme alterszahnmedizinischer Behandlungen, Bürokratisierung und verändertes Ansehen von Medizinern in der Gesellschaft oder aus der Politik, z. B. durch das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes (2013), zunehmendem Einfluss auf die ärztlichen Entscheidungsprozesse und wachsenden Ansprüche an das Qualitätsmanagement von Praxen begründen. Kuhlmann (1996) beschreibt die Charakterisierung der Zahnmedizin abschließend mit „[...] eine[m] hohen akademischen, ökonomischen und sozialen Status.“ (Kuhlmann 1996, S. 67)

Betrachtet man die mit dem Professionsverständnis einhergehende Haltung des Mediziners, der bestrebt ist, dem Patienten eine bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, dessen Autonomie zu wahren, die Gesunderhaltung der Gesellschaft in den Mittelpunkt zu stellen, und das Konstrukt der APB, das verschiedensten modellhaften Beschreibungen unterliegt, um das optimale Setting für dieses gemeinsame Arbeitsbündnis herzustellen und dessen Ergebnisse, stellt sich die Frage nach den Grundvoraussetzungen, Erwartungen und Ergebnissen auf Patientenseite. Dieses Themenspektrum wird im folgenden Unterpunkt einer ausführlichen Betrachtung unterzogen.

4.3 Gesundheit

Die WHO definiert Gesundheit als „[...] ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946, S. 1)

Diese Definition steht stellvertretend für eine Vielzahl von Definitionen aus den verschiedensten Bezugsdisziplinen. Sie zeigt die Mehrdimensionalität auf, da sie einerseits versucht, alle Dimensionen, die sie betreffen, deutlich zu machen, und wirkt gleichermaßen unausgeglichen in der Darstellung des tatsächlichen Deutungsmomentes. Einerseits öffnet sie das Spektrum hinsichtlich der somatischen und psychischen Aspekte des menschlichen Körpers, aber auch das soziale Spektrum des menschlichen Lebens und macht damit die Korrelation dieser Dimensionen deutlich. Andererseits eröffnet diese Definition einen kritischen Diskurs hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung von Wohlergehen und stellt die Frage nach der Möglichkeit eines vollständigen Wohlergehens. Wird ein vollständiges Wohlergehen durch Individuen angestrebt und dies auch als Anspruch formuliert, kann die Frage nach der Entwicklung der APB weg von der Hilfebeziehung hin zu einer Kundenbeziehung gestellt werden. (Rossier 2010)

Soziologisch betrachtet hängt das Verständnis von Gesundheit nach Flick (1998) von konkreten Umständen wie Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand und von subjektiven Dimensionen wie individuellen Konzepten, Deutungsmustern, Einstellungen und Theorien ab. Auch bestehen unterschiedliche Definitionen in sozialen Gruppen und kulturellen Kontexten.

Die Gesundheitspsychologie konstatiert nach Scholz et al. (2017) zwei Begrifflichkeiten hinsichtlich der Definition von Gesundheit. Das biomedizinische Modell versteht Gesundheit als eine Norm, die durch Abweichung eine neue Zuschreibung der „Krankheit“ erhält. Das bedeutet, dass „Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit“ (ebd., S. 18) verstanden wird und dabei Soma und Psyche getrennt betrachtet werden. Gesundheit und Krankheit können somit als Dichotomie verstanden werden. Das biopsychosoziale Modell geht davon aus, dass Gesundheit abhängig ist von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Betont wird dabei, dass Belastungsmomente der Faktoren das Gesundheitserleben beeinflussen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit nicht als Dichotomie, sondern als Endpunkte innerhalb eines Kontinuums verstanden werden. (Scholz et al. 2017)

Wils und Baumann-Hölzle (2019) verweisen auf einen weiteren wichtigen Faktor innerhalb des Diskurses um den Gesundheitsbegriff. Während im Kontext von Krankheit ca. 30.000 Varianten weltweit durch Mundlos (2023) benannt werden, existieren in diesem Sinne keine Varianten von Gesundheit. Diese Antinomie begegnet sich somit in dem gesundheitspsychologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Dichotomie oder Kontinuum. Das Kontinuum der Krankheit begegnet dem lateralen Verständnis von Gesundheit und macht deutlich, dass Krankheit weitaus deutlicher definiert ist als die mit der

Krankheit verbundenen Gesundheit. Wie schon in der APB beschrieben, bedingen sich auch hier die Begrifflichkeiten, denn ohne Gesundheit existiert keine Krankheit und umgekehrt.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 (Rosenbrock 1998) determiniert mit diesem die Gesundheitsförderung und formuliert als Ziel, „[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ Dabei steht im Mittelpunkt dieser Strategie die „[...] Verminderung von Erkrankungs-, Progredienz- und Sterbewahrscheinlichkeit durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen.“ (Rosenbrock 1998, S. 4)

Im Kontext dieser Gesundheitsförderung wird das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) vorgestellt, um ein Verständnis für Gesunderhaltung und Krankheit zu schaffen.

4.3.1 Salutogenese-Modell

Der 1929 in New York geborene Medizinsoziologie Aaron Antonovsky veröffentlichte im Jahre 1979 das erste Werk „Health, Stress and Coping“, welches das salutogenetische Modell erstmals zugrunde legte. Die grundlegende Fragestellung von Antonovskys Forschung ist, warum Menschen gesund bleiben, welche Faktoren zur Erholung von Krankheiten beitragen und warum Menschen mit ähnlichen Konstitutionen scheinbar unterschiedliche Bewältigungsstrategien innehaben, um mit einer Erkrankung umzugehen. Sein Betrachtungsspektrum bezieht sich auf die vorherrschende Pathogenese und die von ihm entwickelte Salutogenese. Dabei leitet sich aus den lateinischen „Patho“ und „Genese“ die Begrifflichkeit der Krankheitsentstehung ab. „Saluto“ und „Genese“ bilden eine Begrifflichkeit wie z. B. Heilentstehung, Entstehung von Gesundheit und Wohlbefinden. (Bengel et al. 2001) Im Kontext von Pathogenese und Salutogenese verweist Antonovsky (1997) auf die Option der unterschiedlichen Betrachtungsfaktoren. Hinsichtlich der Gesunderhaltung betont er, dass, pathogenetisch betrachtet, die Gesunderhaltung von der Vermeidung von Risikofaktoren abhängt. Dabei formuliert die medizinische Forschung im Zusammenhang mit einer Krankheit Faktoren, bei deren Vermeidung die Krankheit weniger häufig auftreten kann als bei Personen, die sich mit diesen Faktoren konfrontieren. Vereinfacht gesagt ist Rauchen ein Risikofaktor für Lungenerkrankungen, Alkohol ein Risikofaktor für verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Stress kann ein Risikofaktor für verschiedene Krankheiten sein. Die salutogenetische Orientierung versteht Krankheit und Gesundheit nicht als dichotomen Ansatz, sondern als ein Kontinuum, das nicht allein von Ätiologie geprägt ist. Antonovsky betont, dass auch ein schwer erkrankter Mensch bis zu seinem Ableben neben der Krankheit auch Gesundheit (dann in anderen Bereichen seines Körpers) in sich trägt und begründet damit die Perspektive des Kontinuums. Abbildung 6 verdeutlicht nochmals die angeführte Argumentation und macht die unterschiedlichen Sichtweisen der Pathogenese und der Salutogenese deutlich.

Grundlegende Annahmen des pathogenetischen und salutogenetischen Modells		
Annahme in bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregulierung des Systems	Homöostase	Überwindung der Heterostase*
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Dichotomie	Kontinuum
Reichweite des Krankheitsbegriffs	Pathologie der Krankheit, reduktionistisch	Geschichte des Kranken und seines Krank-Seins, ganzheitlich
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Risikofaktoren, negative Stressoren	„Heilsame“ Ressourcen, Kohärenzsinn
Wirkung von Stressoren	Potentiell krankheitsfördernd	Krankheits- und gesundheitsfördernd
Intervention	Einsatz wirksamer Heilmittel („Magic bullets“, „Wunderwaffen“)	Aktive Anpassung, Risikoreduktion und Ressourcenentwicklung
* Heterostase: Ungleichgewicht, fehlende Stabilität, Gegenteil von Homöostase		

Abbildung 8: Gegenüberstellung pathogenetisches Modell und salutogenetisches Modell (Noack 1997, S.95)

Antonovsky (1996, 1997) geht weiterhin auf die Multidimensionalität der Salutogenese (Abbildung 9 stellt das Salutogenese Modell nochmals in visualisierter Form vor) bzw. Eindimensionalität der Pathogenese ein. Während im pathogenetischen Kontext die Diagnostik, Therapiewahl und Durchführung am Patienten erfolgt und den Fokus der Beseitigung von Krankheit in den Vordergrund stellt, fokussiert das Modell der Salutogenese die Person. Person meint in diesem Sinne nicht nur die episodische Betrachtung des Menschen während einer Erkrankung, sondern die Person in Gänze, mit ihrer gesamten Biografie. Die pathogenetische Fokussierung auf Krankheit verhindert sowohl beim Diagnostiker, aber besonders beim Erkrankten den Blick auf die Gesundheit des Körpers. Antonovsky spricht von „Ent-Gesundung“ (Antonovsky 1997, S. 24), wenn die Perspektive der Krankheit keine andere Perspektive mehr zulässt. Die ganzheitliche Betrachtung einer Person führt dann zur Betrachtung der Adaptionsfähigkeit an die möglichen Stressoren. Dabei argumentiert Antonovsky (ebd.), dass Stressoren mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vorhersagbar sind. Gemeint ist nicht die Weissagung von Ereignissen, sondern das Entgegenwirken, die Adaptionsfähigkeit, die Reaktionsfähigkeit im Umgang mit Stressoren. Diese Bewältigungsmuster werden auch als Coping¹² bezeichnet.

¹² Nach Lazarus und Folkmann (1984, S. 141 eigene Übersetzung) wird Coping beschrieben als [...] sich ständig verändernde kognitive und verhaltensbezogene Bemühungen zur Bewältigung spezifischer externe und/oder interne Anforderungen die Ressourcen der Person belasten oder übersteigen.“ Dabei weist Coping einen prozessualen Charakter auf und unterscheidet zwischen tatsächlicher Bewältigung und automatisierter Anpassung. Bewältigung wird weiterhin, wie es der Prozesscharakter schon impliziert, nicht als Ergebnis

Antonovsky (1996, 1979, 1997) verweist darauf, dass Stressoren positive Auswirkungen auf die Person und die Entwicklung des Copings haben können. Er betont: „[...] Salutogenetisches Denken ermöglicht die Untersuchung der Konsequenzen aus den an den Organismus gestellten Anforderungen, auf die er keine direkt verfügbaren automatischen adaptiven Reaktionen hat, auf Stressoren also, wenn es aus theoretischer Sicht gute Gründe gibt, positive Konsequenzen für die Gesundheit vorherzusagen.“ (Antonovsky 1997, S. 26)

Weiterhin argumentiert Antonovsky (1997, S. 27): „Salutogenese ermöglicht die Rehabilitation der Stressoren im menschlichen Leben“ und „Die Richtung der Antwort, insofern es überhaupt eine gibt, liegt exakt in der Frage, wer das System dominiert.“

Zusammenfassend lässt sich das vorgestellte Modell in sechs Charakteristika nach Stöhr et al. (2019) beschreiben:

1. Abkehr der dichotomen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit hin zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, das den sowohl die Gesundheit und Krankheit determiniert, aber besonders das Spektrum zwischen diesen Endpunkten deutlich macht. Antonovsky bezeichnet dies als „Health-Ease-Disease-Kontinuum“ (HEDE-Kontinuum).
2. Fokusveränderung vom Patienten hin zur Betrachtung der Person in ihrer Gesamtheit, was Krankheit miteinschließt.
3. Suche nach gesundheitsförderlichen Faktoren einer Person, die zur Verbesserung oder zum Erhalt der Situation beitragen können (Coping).
4. Stressoren definieren sich nicht durch unvorhersehbare und unerwartete Ereignisse oder Faktoren, sondern sind Teil des gesamten Lebens. Die Folgen dieser Stressoren können gesundheitsförderliche Auswirkungen haben.
5. Fokussiert werden sollte nicht die tatsächliche Heilung. Vielmehr sollten die Begründungen für negative Auswirkungen identifiziert werden, um eine positive Adaption zu gewährleisten.
6. Die pathogene Diagnostik kann Bezugspunkt des Salutogenese-Modells sein, da die Coping-Strategie hinter einzelnen Personen im Fokus des Modells steht. (Stöhr et al. 2019)

betrachtet, sondern als dauerhafte Investition in die Veränderung. Als weiteres Attribut wird Bewältigung explizit von der Begrifflichkeit Bemühung getrennt, da dies eine veränderte Betrachtung und damit eine Anpassung an die Situation suggerieren könnte, welche eben nicht den Charakter von Bewältigung beschreibt.

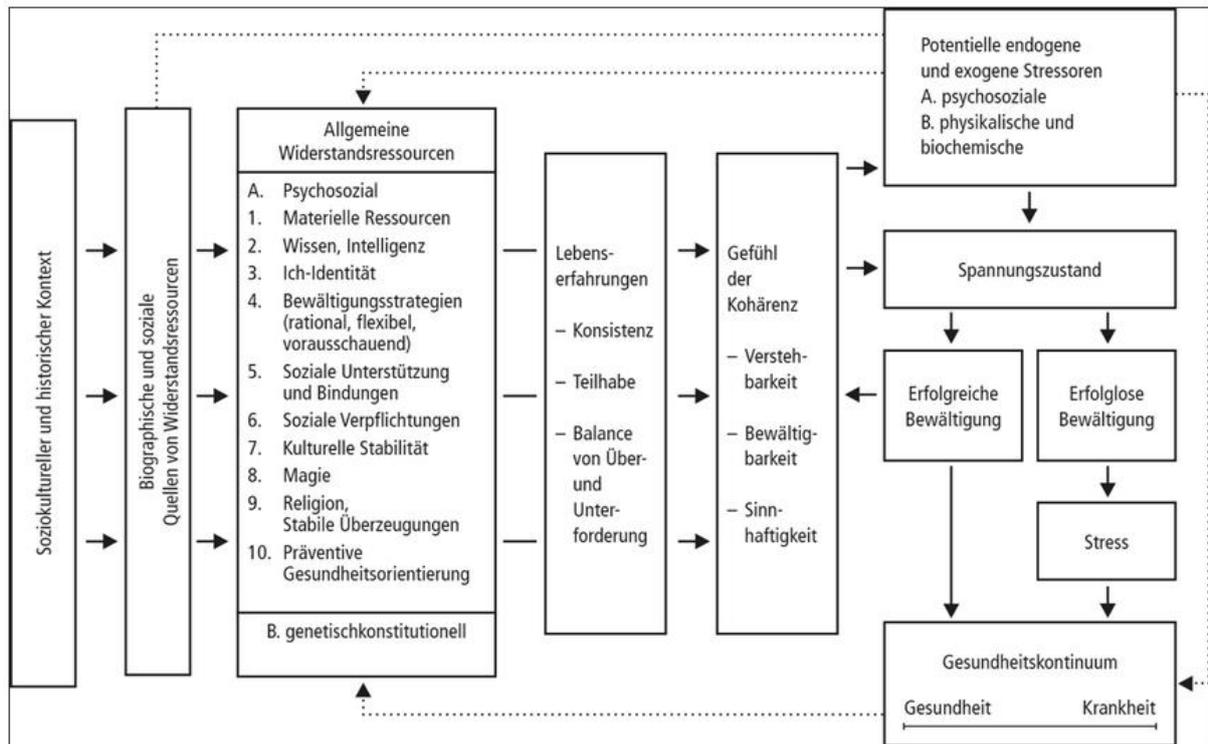


Abbildung 9: Das Modell der Salutogenese von Antonovsky
(nach Antonovsky 1979, S.184 in:Faltermaier 2017, S. 7)

4.3.1.1 Kohärenzmodell/Sence of Coherence

Die in Abb. 7 benannten generellen oder allgemeinen Widerstandsressourcen sind Grundlage des von Aaron Antonovsky formulierten Kohärenzmodells, das die Widerstandsressourcen vereint und die Frage nach deren zentraler Kraft beantwortet. Das Kohärenzmodell oder -gefühl (auch Sense of Coherence, SOC) wird dabei wie folgt durch den Begründer definiert: „Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl von Vertrauen hat, daß [...] die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturieren, vorhersehbar und erklärbar sind; [...] einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen zu begegnen; [...] diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997, S. 36)

Das aus verschiedenen Experimenten abgeleitete und geprüfte Konzept des SOC (untersucht wurde die Intensität des SOC bei Personen durch die Erhebung unstrukturierter Tiefeninterviews) führte zur Formulierung der drei zentralen Aspekte des Modells – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit wird dabei verstanden als die Fähigkeit, mit externen und internen Stimuli umzugehen. Die Einordnung, Struktur und Konsistenz in der Verarbeitung und kognitiven Sinnkonstruktion steht im Vordergrund. Stimuli werden dabei nicht als unerwartet oder unwillkürlich angesehen. Es beschreibt also die Muster der Verarbeitung der Stimuli von Individuen. Handhabbarkeit ist definiert als die Intensität der Auffassung, dass dem Individuum Ressourcen zur Verfügung stehen, um

Herausforderungen begegnen zu können. Also die in einem selbst vorhandenen Mechanismen zur Kontrolle der eigenen Ressourcen bzw. die Nutzung der Kontrollmechanismen des eigenen Systems, welche eine sinnstiftende und vertrauensvolle Bewältigung konstruieren können. Den Sinn und die Motivation im Leben zu begründen und damit auch die gegebenen und kommenden Anforderungen als bearbeitbare Herausforderungen anzuerkennen, beschreibt den Aspekt der Bedeutsamkeit. Dabei bedeutet es nicht, dass Menschen nicht einer emotionalen Belastung bei herausfordernden Ereignissen unterliegen, sondern meint vielmehr, dass Menschen in ihrer Sinnkonstruktion des Lebens derartige Anforderungen akzeptieren, annehmen und bewältigen zu können. (Antonovsky 1997; Faltermaier 1994; Bengel et al. 2001)

Neben der Beschreibung der Aspekte des Kohärenzmodells identifizierte A. Antonovsky in seiner Forschung auch wechselseitige Bedingungen zwischen den Aspekten, die in ihrer Folge zu einem steigenden, fallenden oder stabilen SOC führen (siehe Abb. 10.).

Typus	Komponente			Vorhersage
	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Bedeutsamkeit	
1	hoch	hoch	hoch	stabil
2	niedrig	hoch	hoch	selten
3	hoch	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
4	niedrig	niedrig	hoch	Veränderung nach oben
5	hoch	hoch	niedrig	Veränderung nach unten
6	hoch	niedrig	niedrig	Veränderung nach unten
7	niedrig	hoch	niedrig	selten
8	niedrig	niedrig	niedrig	stabil

Abbildung 10: Dynamischer und wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten (Antonovsky 1997, S. 37)

Das vorgestellte komplexe Modell macht deutlich, dass Menschen eine unterschiedliche Voraussetzung zur Bewältigung verschiedener herausfordernder Situationen innehaben und unterschiedlich darauf zurückgreifen können. Darüber hinaus ist die kognitive und kommunikative Richtung zur Bewältigung der Herausforderung des Einzelnen und seiner Systeme ein fundamentaler Bestandteil. Bezogen auf die Thematik der vorliegenden Arbeit im Kontext der APB innerhalb der Profession und mit Auswirkungen auf die Gesellschaft betont Antonovsky (1997, S. 28): „Die Richtung der Antwort, insofern es überhaupt eine gibt, liegt exakt die Frage, wer das System dominiert. Und dies sowohl auf der institutionellen als auch auf der unmittelbaren zwischenmenschlichen Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung.“ Weiterhin konstatiert er im Kontext der Handhabbarkeit, „[...] Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem dem man vertraut.“ (Antonovsky 1997, S. 35)

An dieser Stelle können theoretische Zusammenführungen bezüglich der APB angeführt werden, da in den angeführten Zitaten von Antonovsky (1997) hinsichtlich der APB sowohl die aus der professionstheoretischen Betrachtung asymmetrische Beziehung konstatiert werden kann, die als Funktionsbedingung der APB bereits aufgeführt wurde (siehe Kapitel 4.1), sowie die Asymmetrie als Bedingung der APB nach Emanuel und Emanuel (1992) (siehe Kapitel 2.6). Weiterhin wird im vorliegenden Text ausgeführt, dass im Kontext des SDM die Verteilung von Verantwortlichkeiten eine Gelingensdeterminante in diesem Modell darstellt, wie (Charles et al. 1999) es ausführen. Antonovskys Ausführungen hinsichtlich des salutogenetischen Modells und der zu kommunizierenden Richtung kann der ärztlichen Kommunikation zugeschrieben werden und die mit dem Kohärenzgefühl verbundenen Patienten, der Bewältigung von Herausforderungen des Lebens. Deutlich wird die wechselseitige, asymmetrische, symbiotische Beziehung, die auf der helfenden Beziehung basiert, wie im professionstheoretischen Kontext von Dick (2016) ausgeführt wird (siehe Kapitel 4.1).

4.3.1.2 Limitierung der Modelle

Das Salutogenese-Modell bietet soziologisch, pädagogisch und psychologisch eine Vielzahl von Handlungsansätzen zur Stärkung des Patienten im Gesundheits-Krankheitskontinuum. Dieser Sichtweise kann aber auch das Fehlen einer Subjektdimension vorgeworfen werden. Faltermaier et al. (1998) betonen, dass die Perspektive des Individuums und dessen Einflussnahme auf Gesundheit und damit das Eingreifen in das Gesundheits-Krankheitskontinuum im Modell von Antonovsky nicht ausreichend mit in Betracht gezogen wird. Flick (1998) verweist in seinen Ausführungen, unter Zuhilfenahme von Schütze (1997) darauf hin, dass die Konstruktion der sozialen Wirklichkeit von der Vielfältigkeit der Umwelt abhängt, wobei die Wissenschaft nur einen Einfluss auf diese Wirklichkeit darstellt. Das bedeutet, dass der Körper des Individuums Ausgangspunkt von Gesundheit und Krankheit ist und von Erfahrungen abhängt, welche in der eigenen Welt gemacht werden, geprägt von den der Welt zugehörigen Subjekten und somit in die eigene Wirklichkeit eingehen. Auch Groeben et al. (2010) gehen innerhalb der Subjekttheorie darauf ein, dass Handeln, Tun und Verhalten in Abhängigkeit von der Sinndimension konstatiert werden müsse und die Inhalte durch das Dialog-Konsens-Verfahren innerhalb der Wahrheitskonstruktion zur Handlungsentscheidung führe. Diese Sinndimension basiere dabei nicht nur auf einer rein wissenschaftlichen Ebene, sondern auf der genannten Vielfältigkeit der Lebenswelt. Faltermaier et al. (1998) gehen weiterhin kritisch darauf ein, dass Individuen ihre Handlungsentscheidung nicht nur auf einen Impuls durch Stressoren bezogen auf die Gesunderhaltung konstatieren. Die mit der Sinndimension verknüpfte Dialog-Konsens-Methodik führe durch die Exploration und Reflexion der individuellen subjektiven Theorie dazu, dass Individuen eine eigene Definition von Gesundheit entwickeln und diese aktiv beeinflussen können, ohne spezielle gesundheitsbezogene Aktionen zu wählen und umzusetzen. Stressoren sind dabei keine notwendige Bedingung zur Initialisierung der aktiven Beeinflussung, wie Antonovsky es in seinem Modell konstatiert. Als ein weiteres Merkmal der kritischen Betrachtung können die hier beschriebenen Wandlungsprozesse angeführt werden. Dabei unterliegt der Gesundheitsbegriff einem zeitlichen, kulturellen und soziologischen Wandel. Aber auch die

auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit einsetzbaren Techniken und Methodiken, die zur Heilung der Krankheiten beitragen, unterliegen einem stetigen Wandlungs- und Entwicklungsprozess, was zur Abkehr bestehender Sichtweisen auf bestimmte Krankheiten führt. Auch beim Kohärenzmodell können Limitierungen konstatiert werden. Angeführt wird hierbei von Antonovsky (1997) selbst, dass es Menschen gibt, deren SOC bei Interviews als stark identifiziert wurde, deren Wahrnehmung der Welt hingegen nicht als kohärent beschrieben werden konnte. Antonovsky benennt diese Grenzen als logische Grenzen, da das subjektive Spektrum der Individuen nicht allumfassend sein kann, sondern sich in Interessensräumen einordnen lässt. Die Grenzen dieser Interessensräume bestimmen auch die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Alles außerhalb dieser Grenzen ist in der Momentaufnahme des Interviewgeschehens kein Bereich, in dem Kohärenz entstehen kann. Diese Grenzen sind flexibel im Leben des Menschen und haben mit wachsendem Alter einen explorativen und expansiven Charakter.

4.4 Modelle des Gesundheitsverhaltens

Die Modelle des Gesundheitsverhaltens lassen sich in zwei unterschiedliche Dimensionen einordnen: kontinuierliche und dynamische Modelle. Stellvertretend werden an dieser Stelle für jede Modellebene zwei Modelle vorgestellt. Dabei werden die kontinuierlichen Modelle verstanden als Modelle, die die Verhaltensänderung auf einem Kontinuum sehen, welche durch kognitive und affektive Variablen unterschiedliche Verhaltenswahrscheinlichkeiten auf einem Kontinuum erreichten und sich dort mit dem Verhalten kontinuierlich auf diesem Kontinuum bewegen. Die dynamischen Modelle werden definiert als Modelle, welche die Verhaltensänderung in unterschiedlichen Phasen determiniert und nicht als eine fortwährende Expansion auf Kontinuumsebene verläuft. (Scholz et al. 2017)

4.4.1 Kontinuierliche Modelle des Gesundheitsverhaltens

Die sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura aus dem Jahr 1977 geht, bezogen auf das Verhalten von Menschen, von zwei Hauptkategorien (Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungsergebniserwartung) aus, die die Gesundheit beeinflussen. Dabei wird durch den Autor konstatiert, dass „[...] kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Erwartungen gesteuert werden [...].“ (Scholz et al. 2017, S. 28).

Dabei können die Handlungsergebniserwartungen und Selbstwirksamkeitserwartungen als Hauptbestandteile der Erwartungen beschrieben werden. Die Handlungsergebniserwartung kann positive als auch negative Ausprägungen haben und damit zur Verhaltensentscheidung beitragen. Die Selbstwirksamkeit beschreibt die Kompetenzen des Individuums hinsichtlich seiner Zielerreichung bezüglich der Verhaltensänderung, besonders im Kontext von belastenden Situationen. Individuen mit einer hohen Selbstwirksamkeit weisen eine höhere Krisenbewältigung auf und können die eigenen Ziele und Handlungen besser fokussieren. Scholz et al. (2017, 29ff.) formulierten unterschiedliche Determinanten zur Steigerung der Selbstwirksamkeit:

1. erfolgreiche Ausführung einer Handlung (und internaler Attribuierung),
2. stellvertretende Erfahrung (Beobachtung der Erfahrung eines Anderen),
3. symbolische Erfahrung (durch verbalisierte Erfahrung eines Anderen),
4. emotionale Erregung (Korrelation von Emotion und Kompetenz).

Nach Scholz et al. (2017) kann in diesem Kontext kritisch konstatiert werden, dass Selbstwirksamkeit allein nur ein Bestandteil der Verhaltensänderung darstellt. Es bedarf noch weiterer unterschiedlicher Aspekte zur Änderung des Verhaltens von Individuen, wie z. B. Intention und Planung.

Das Modell der gesundheitlichen Überzeugung (Health Belief Model, HBM) wurde in den 1950er-Jahren entwickelt. Ziel dieses Modells ist es, Gesundheits- und Risikoverhalten gegenüberzustellen, ähnlich wie eine Kosten-Nutzen-Bilanzierung. Dabei werden demografische Variablen wie Alter und Geschlecht den psychologischen Charakteristiken, also das Gesundheitsverhalten und das Risikoverhalten, gegenübergestellt und Erwartungswerte für Verhalten berechnet. Als kritische Faktoren können in diesem Modell die Belastbarkeit der Variablen und die durchgeführte Metaanalyse aufgeführt werden, welche die Vorhersagegenauigkeit der Variablen infrage stellen. (Renneberg 2011; Scholz et al. 2017)

4.4.2 Dynamische Modelle des Gesundheitsverhaltens

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, das 1989 in Anlehnung an das Handlungsphasenmodell von Heckhausen entwickelt wurde, wird auch als Hybridmodell bezeichnet, da es sowohl zu den kontinuierlichen als auch zu den dynamischen Modellen des Gesundheitsverhaltens zugeordnet werden kann. Es werden zwei verschiedene Phasen in diesem Modell unterschieden: die motivationale (Beeinflussung der Risikowahrnehmung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung und Selbstwirksamkeitserwartung) oder präintentionale Phase, gefolgt von der volitionalen Phase (präaktionale, aktionale, postaktionale Phase) (siehe Abb. 11).

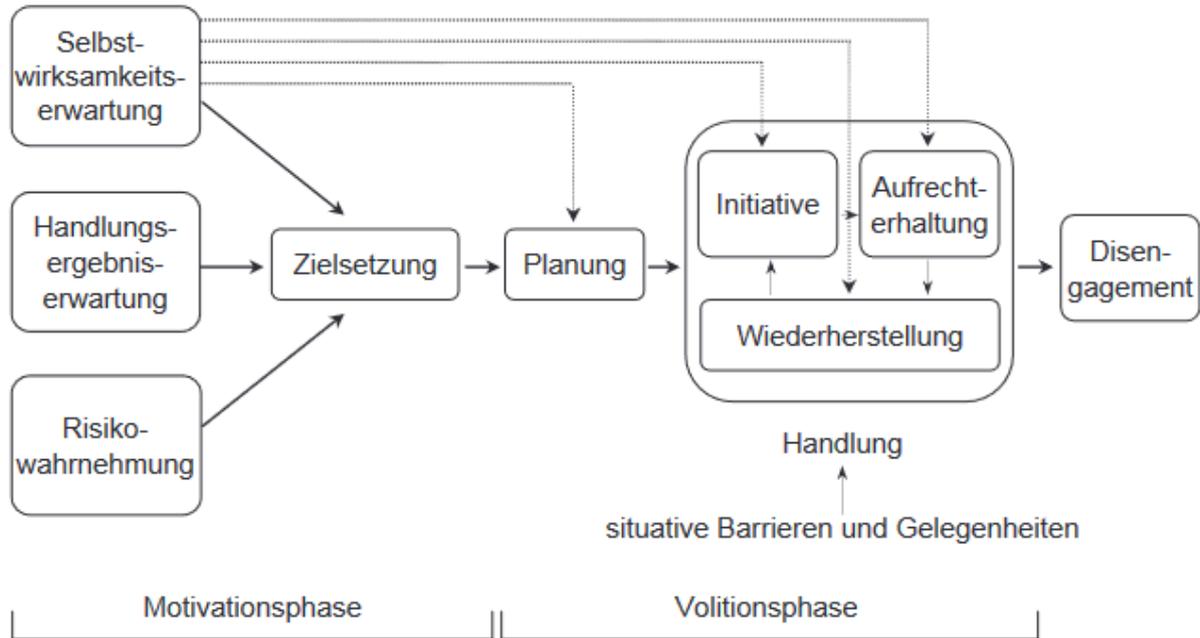


Abbildung 11: Dynamischer und wechselseitiger Zusammenhang der SOC-Komponenten (Vollmann und Weber 2015)

Das sozial-kognitive Prozessmodell zählt zu den dynamischen Modellen, da es die Variablen der Vergangenheit in der Gesamtheit mit in die Betrachtung der zukünftigen Intention zur Verhaltensänderung und der Verhaltensänderung selbst einbezieht. Dabei werden die Zielsetzung und Planung ebenfalls mit in den Fokus genommen. Dieser Aspekt der Realisierung bzw. Umsetzung stellt eine Neuerung in der Konzeption der Modelle des Gesundheitsverhaltens dar. Die Unterscheidung der verschiedenen Betrachtungsphasen ermöglichte eine differenzierte Beschäftigung mit den Wirkmechanismen der Phase selbst. Vollmann und Weber (2015, S. 403) führen dazu aus: „In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass für Personen ohne Motivation zur Verhaltensänderung vor allem Risiko- und Ressourcenkommunikation zur Förderung einer Intentionsbildung nützlich sind, während Personen, die bereits eine Intention zur Verhaltensänderung ausgebildet haben, am ehesten von Interventionen profitieren, die auf die Handlungsplanung abzielen. Für Personen in der Volitionsphase hingegen sind Interventionen hilfreich, die Hinweis mit Barrieren und Rückfällen beinhalten.“

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, begründet durch Prochaska und DiClemente (1983), konstatiert verschiedene Stufen der Veränderung, die mit den Hauptannahmen des Modells in Verbindung stehen. Diese lauten wie folgt:

- „1. Verhaltensänderung ist ein Prozess, der in einer Abfolge von diskreten, qualitativen unterschiedlichen Stufen verläuft.
2. Ohne gezielte Intervention verharren Personen in früheren Stadien der Veränderung, d. h., die gedenken nichts zu verändern.

3. Interventionsmaßnahmen müssen auf die einzelnen Stufen zugeschnitten sein, um ein Fortschreiten zu bewirken.
4. Das Vorankommen von Stufe zu Stufe wird durch kognitiv-affektive und verhaltensbezogene Prozesse bewirkt.“

(Vollmann und Weber 2015, S. 399)

Die Stufen der Veränderung werden wie folgt benannt und beschrieben:

1. Sorglosigkeit – keine Intention zur Veränderung, Problemverhalten wird ausgeführt,
2. Bewusstwerdung – Bestimmung des Umgangs mit dem Problem (Abwägungen),
3. Vorbereitung – erste Aktionen zur Veränderung werden eingeleitet,
4. Handlung – Zielverhalten wird ausgeführt (< 6 Monate),
5. Aufrechterhaltung – Zielverhalten wird ausgeführt (> 6 Monate),
6. Stabilisierung – Zielverhalten > 6 Monate und keine Rückfallgefahr.

Dieses grundsätzlich eingängige Modell bietet eine verständliche und konstante Erläuterung zur Verhaltensänderung von Individuen. Als willkürlich sind die angegebenen Zeiträume zu kritisieren. (Vollmann und Weber 2015, S. 400)

Grundsätzlich lassen sich in der Betrachtung der kontinuierlichen und dynamischen Modelle des Gesundheitsverhaltens verschiedene Intentionen konstatieren. Die dem Kontinuumsansatz zuzuordnenden Modelle setzen eine Intention zur erwarteten Verhaltensänderung als wichtigen Bezugspunkt, wobei die dynamischen Modelle bereits vor der Intention, bei der Bewusstwerdung und Sorglosigkeit den Prozess der Verhaltensänderung, determinieren. (Scholz et al. 2017)

Für die vorliegende Arbeit stellen die Modelle des Gesundheitsverhaltens und das angeführte Salutogenese-Modell nach Antonovsky eine Basis des Erkenntnisinteresses dar. Bei den Modellen können jedoch Aspekte identifiziert werden, die maßgeblich zur Stärkung, Mobilisierung und Aktivierung von Patienten beitragen, die aber einer durch eine medizinische Behandlung initiierten Irritation unterliegen. Dabei steht nicht die Verhaltensänderung selbst im Fokus, sondern die ggf. erzeugte Änderung des Verhaltens, der Erwartung oder der Haltung durch das hier exemplarisch angeführte Beratungsmodell der zahnmedizinischen Patientenberatung. Die identifizierten Aspekte, die unter anderem zu dieser Änderung beitragen, sind die Resonanz, die Resilienz, das Vertrauen und das schon als Modell konstatierte Empowerment, das im Folgenden vorgestellt und in Bezug gesetzt wird.

4.5 Resonanz

„Resonanz heißt: Etwas wird zum Schwingen oder Erklingen gebracht. Die Fähigkeit des Menschen zu emotionalem Verständnis und Empathie beruht darauf, dass sozial verbindende Vorstellungen nicht nur untereinander ausgetauscht, sondern im Gehirn des jeweiligen Empfängers auch aktiviert und spürbar werden können. Es muss demnach ein System wirksam sein, das den Austausch von inneren Vorstellungen und Gefühlen bewerkstelligen und

außerdem die ausgetauschten Vorstellungen im Empfänger zur Resonanz, also zum Erklingen, bringen kann. Es würde [...] [einen] gemeinsamen, zwischenmenschlichen Bedeutungsraum erzeugen [...].“ (Rosa 2020, S. 254)

„Schon die Physik kann uns darüber belehren: ein ausdifferenziertes System kann nur aufgrund seiner Eigenfrequenzen zur Resonanz gebracht werden. In der biologischen Theorie lebender Systeme spricht man auch von ‚Kopplung‘, um zu bezeichnen, daß es nirgends vollständige Punkt-für-Punkt-übereinstimmungen zwischen Systemen und Umwelt gibt, sondern daß ein System sich durch seine Grenzen immer auch gegen Umwelteinflüsse abschirmt und nur sehr selektive Zusammenhänge herstellt. Wäre diese Selektivität der Resonanz oder der Kopplung nicht gegeben, würde das System sich nicht von seiner Umwelt unterscheiden, es würde nicht als System existieren.“ (Luhmann 1986, S. 41)

„Resonanz kann deshalb als akustische Figur [...] und akustische Metapher rekonstruiert werden, die auf die Stimmung von Instrumenten als Resonanzkörpern und korrelativ sowohl auf die Dimensionen des leiblich-musikalischen Einschwingens durch den Musizierenden als auch des subjektiv-ästhetischen Mitschwingens eines Hörers beim Ertönen von Musik verweist. In der Phonetik findet man das physikalische Phänomen der Resonanz, wenn die Hohlräume des Sprechorgans von einem durch Vibration der Stimmbänder erzeugten Ton durchströmt werden. In den Neurowissenschaften geht man davon aus, dass Resonanz ein Schlüssel zum Verständnis von Interaktion in weiträumigen neuronalen Netzwerken ist. Durch die Synchronisierung von Schwingungsfrequenzen kann die Aktivität von Nervenzellen verstärkt werden, so dass sich bestimmte Signale weiter ausbreiten.“ (Schuhmann 2017, S. 12)

Die hier aufgeführten Definitionen machen einerseits die Übereinstimmung hinsichtlich der Notwendigkeit von wenigstens zwei Systeme, (wobei die Annahme eines Zustandes der Resonanz eines Individuums mit sich selbst durchaus auch in der Literatur diskutiert wird), deren teilweise Überschneidung, aber auch deren Abschirmung gegen den nicht überschneidenden Bereich, also den individuellen Bereich des Individuums, deutlich, wie es auch Luhmann (1986) betont. Weitere zu identifizierende Schlagworte bei der Rekapitulation der Definition sind das Erklingen, die Schwingung bzw. die Kopplung der beteiligten Systeme. Resonanz in der soziologischen Betrachtung verfügt über keine einheitliche Definition. Die vorgestellten Definitionen wurden vielmehr als Bezugsrahmen gewählt, ebenso die in der Musiktheorie verankerte Definition nach Schuhmann (2017), die sowohl eine differenzierte als auch äquivalente Betrachtung des Begriffs anderer Bezugsdisziplinen deutlich machen soll. Resonanzfähig sind verschiedenste Systeme wie Individuen, Gruppen, Organisationen und Funktionssysteme. Luhmann (1986) beschreibt die Resonanzfähigkeit als eine Antwortfähigkeit auf die Systeme. Eine geringe Resonanz verweist auf geringere Flexibilität, wobei eine Übersteigerung von Resonanz zur Zerstörung des Systems führen kann. Deutlich wird bei Luhmann der systemtheoretische Ansatz des Resonanzbegriffs, welcher auf der Begrifflichkeit der Antwort konstatiert, wobei diese Antwortfähigkeit sowohl einen negativen entwickelnden als auch zerstörerischen Charakter aufweisen kann. Rosa (2020) entwickelte

für den Resonanzbegriff eine moderne Betrachtungsweise, die eine Reaktion auf die Beschleunigung und Entfremdung darstellt. Dabei kann, in Rosas Kontext, die Resonanz als ein Weltverständnis, also als Reaktion von Subjekten in ihrem individuellen und auch kollektiven Verständnis verstanden werden, aber auch ohne Reaktion oder Antwort der Resonanz als still, feindlich oder bedeutungslos. Wetzel (2017) verweist auf die Widersprüchlichkeit in den Ausführungen Rosas hinsichtlich der Argumentation der Resonanz als Bedingung für ein gelingendes Leben, aber auch auf die aufgeführte Unverfügbarkeit von Resonanz, wenn die Einrichtung von Resonanzräumen nicht gelingt und somit keine Reaktion erzielt werden kann. Verstanden wird Rosas Resonanzbegriff im Leben von Individuen als etwas Kontinuierliches und Sinnstiftendes. Luhmann formuliert eher ein Kontinuum der Reaktion bzw. Resonanz, welches mit den Polaritäten Nicht-Flexibel und Über-Flexibel bis hin zur Zerstörung des Systems verstanden wird. Wetzel (2017) führt Vincent Miller als weiteren soziologischen Vertreter des Resonanzdiskurses auf. Millers Resonanzbegriff basiert auf der Annahme, dass Resonanz eine momenthafte, spontane und flüchtige Reaktion im Alltag darstellt, welche allerdings an Gelingensbedingungen geknüpft sind, die auf einem gemeinsamen Verständnis, einem gemeinsamen Erfahrungsraum von Zugehörigkeit und gemeinsamen Verständnis basiert. Wetzel (2017) verweist auf ein realistischeres Verständnis von Millers Resonanzbegriff, der im Gegensatz zu Rosa eine geringere normative Überlastung aufweist. Begrifflich arbeitet Miller mit Dissonanz. Rosa (2020) argumentiert in diesem Kontext mit dem Begriff der Entfremdung. Wetzel (2017) definiert Resonanz also als etwas dynamisches im Lebenskontext von Individuen, welche zwar Gelingensbedingungen unterliegt, aber trotzdem spontan und momenthaft im Leben auftreten und keinen Lebensbegleitenden dauerhaften Charakter aufweisen kann, wie Rosa (2020) es formuliert. (Luhmann 1986; Rosa 2020; Wetzel 2017; Schmidt 2016)

Zusammenfassend lässt sich Kontext der angeführten Soziologen konstatieren, dass Resonanz als Schwingung oder Spiegelung beschrieben werden kann. Dabei erzeugt eine initialisierte Schwingung eines Systems oder eines Individuums eine Antwortschwingung des anderen Systems oder des anderen Individuums. Die Antwortschwingung in der Eigenwahrnehmung des initialisierenden Systems oder des Individuums kann sowohl als zusprechend, positiv und förderlich wahrgenommen werden oder als auf Widerstand stoßend oder behindernd. Die Antwortschwingung stellt eine Wahrnehmung der Reaktion der Umweltsysteme bzw. des Individuums dar. Resonanz wird aber auch im philosophischen Kontext verstanden als die Wahrnehmung und das Bewusstmachen von Du und Ich und dem Sein der Resonanzpartner. Es bedarf wenigstens zweier Systeme im Sinne der zwischenmenschlichen Beziehung und deren dyadischen Charakter. Die organisationale Resonanz definiert dagegen das in Schwingung-und-Mitschwingung-Sein mit Organisationen, Unternehmen oder auch Familien und Gruppen. (Schuhmann 2017)

Rosa (2020) betont in seinen Ausführungen die Verbundenheit, die Resonanz als Wechselbeziehung von Menschen auf allen Ebenen des Denken, Fühlen und Wahrnehmens

und das mit dem Ergebnis der Entfremdung oder Dissonanz (Wetzel 2017) oder als Bestätigung und Spiegelung der eigenen Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle. (ebd.)

4.6 Empathie

Resonanz und Empathie stehen in einem semantischen Kontext und begründen sich in der zwischenmenschlichen Beziehung bzw. in den Systemen eines Individuums. Der Begriff stammt nach Frey (2016) von dem Wort einfühlen und in wird in der modernen Forschung als Perspektivübernahme titulierte. Nach Hollan (2012) in Frey (2016) lässt sich die Empathie beschreiben als „emotionale Reaktion“ und als „die Fähigkeit sich selbst an die Stelle einer anderen Person zu versetzen und Ereignisse und Emotionen aus deren Perspektive zu erleben“ (Frey 2016, S. 55)

Nach Batson et al. (2002, S. 486) wird Empathie definiert als „[...] otheroriented emotional response elicited by and congruent with perceived welfare of someone else“. Unterschieden werden können in dieser Begriffsbestimmung zwei unterschiedliche Konstrukte von Empathie, die emotionale Empathie und die kognitive Empathie. Das Teilen der Emotion und die Fähigkeit des Mitfühlers der Gefühle seines Gegenübers beschreiben die emotionale Empathie. Die geistige Perspektivübernahme und das Nachvollziehen der Gedanken des anderen beschreiben die kognitive Empathie. Beide Begriffsbestimmungen wurden unter anderem von Batson et al. (2002) formuliert. Die nach Batson (2002) weiterhin formulierten Konzepte der Empathie lauten wie folgt:

- „1. Wissen und den inneren Zustand einer anderen Person, einschließlich ihrer Gedanken und Gefühle
2. Aneignung der Körperhaltung oder Anpassung an neurale Reaktionen einer beobachteten Person
3. Fühlen wie eine andere Person fühlt
4. Sich in die Lage einer anderen Person einfühlen oder deren Lage projizieren
5. Vorstellung darüber wie ein anderer denkt und fühlt
6. Vorstellung darüber wie jemand anstelle eines anderen denken und fühlen würde
7. Fühlen von Kummer mein Miterleben einer anderen Person
8. Mitgefühl mit einer leidenden Person haben“.

(Fuchs 2014, 47ff.)

Diese kurze Ausführung des Bezugsrahmens zur Empathie verdeutlicht den semantischen Zusammenhang zwischen Resonanz und Empathie. Rosa (2020, S. 254) führt an, „dass sozial verbindende Vorstellungen nicht nur untereinander ausgetauscht, sondern im Gehirn des jeweiligen Empfängers auch aktiviert und spürbar werden können.“

Die von Fuchs (2014) formulierten acht Konzepte der Empathie zeigen diese verbindenden Aspekte des Austauschs und Aktivierens der Gefühle des anderen Individuums bzw. des anderen Systems. In jedem dieser einzelnen Punkte werden die verbindenden Elemente

deutlich. Rebensburg (2009) führt diese beiden theoretischen Konstrukte, wie es auch hier vorgenommen wurde, in ein theoretisches Konstrukt zusammen um die Verbindung deutlich zu machen. In seinem Phasenmodell im Kontext der APB zeigt er folgenden Phasenverlauf empathischer Interaktion auf:

„1. Empathische Resonanz, 2. Ausgedrückte Empathie, 3. Wahrgenommene-Empfangene Empathie“ (Rebensburg 2009, S. 57)

Auch die hier vorliegende Arbeit steht im Kontext der APB, wobei die Resonanz und Empathie wichtige Aspekte des Begründungszusammenhangs darstellen. Die im einzelnen essenziellen Thematiken stellen aber besonders in ihrer Zusammenführung einen bedeutsamen Zusammenhang dar. In der Arzt-Patienten-Kommunikation entsteht eine Vielzahl von Irritationen, welche innerhalb der Patientenberatung aufgenommen werden, um durch den Berater mit dem Resonanz-Empathie-Konstrukt begegnen zu können, um diese Irritationen aufzulösen. Dieser Anspruch wird auch der APB selbst zugeschrieben, wie Schröder (o. J., S. 2) formuliert: „[...] Übertragung und Gegenübertragung werden [...] als Spiegelungsphänomen beschrieben und auf die Arzt-Patienten-Interaktion auch bei somatischen Erkrankungen übertragen. Die innere Einstellung des Arztes lösen beim Patienten eine Resonanz aus und umgekehrt die des Patienten beim Arzt“. Empathie und Resonanz könne als wichtige Determinante in der APB und auch in der Patient-Berater-Beziehung (PBB) beschrieben werden. Eine tiefere Zusammenführung der Thematik finden sich am Ende dieses Kapitel.

4.7 Resilienz

Auch die Begriffsbestimmung der Resilienz ist abhängig von der jeweiligen Bezugsdisziplin und des Betrachtungsspektrums. Im Kern des Begriffs steht „die Fähigkeit des Erhaltens von Systemzuständen“ (Endreß und Rampp 2022, S. 20)

Dabei ist der Begriff getrennt von der Transitionstheorie zu betrachten, welche die Änderung, also den Übergang in einen anderen Systemzustand beschreibt. Resilienz beschreibt also den Erhalt des Zustandes und das Bestehen eines Individuums bei negativen oder belastenden Irritationen im Leben. Damit setzt sie die Akzeptanz von Unsicherheiten voraus und die Bewusstwerdung der Veränderlichkeit des eigenen Systems und der unerwarteten und nicht-steuerbaren Irritation. Die physischen und psychischen Entwicklungsstadien, denen der Menschen durch das Altern unterliegt, werden begleitet von einem Entwicklungsprozess der Resilienzfähigkeit, die eine dynamische Anpassung sowohl an das Entwicklungsstadium aufgrund des Alters, aber auch des Bildungsstandes und der Belastungsfähigkeit aufgrund von erlebten und vor allem durchlebten Irritationen ermöglicht. Die Krisenbewältigung mithilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen steht also im Kern der Begrifflichkeit. (Endreß und Rampp 2022; Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015)

Der moderne Begriff der Resilienz konzentriert sich auf die gesamte Lebensspanne. Dabei begründet sich die Resilienz bereits in der Kindheit, kann aber im Lebensverlauf aufgrund des

Einflusses von Risiko- und Schutzfaktoren an Intensität gewinnen oder nachlassen. Während die Forschungen bis zu den 1970er-Jahren den Einfluss von Risiken und die damit verbundenen Entwicklungsergebnisse bei Menschen fokussierte, veränderte sich in den moderneren Forschungsansätzen der Fokus auf die frühen Lebensphasen des Individuums bezogen auf die Persönlichkeitsentwicklung mit besonderem Blick auf die emotionalen, sozialen und kognitiven Kompetenzen. Dabei kann der Umgang mit Herausforderungen und Irritationen nicht vollständig vernachlässigt werden. Konstatiert werden können aus dieser Betrachtung die intuitiven Schutzfaktoren eines Menschen gegen die irritationsbildenden Stressoren, also die Risikofaktoren. (Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse 2015)

Die Risikofaktoren sind in der schon von Antonovsky (1997) (siehe Kapitel 4.3.1) diskutierten pathogenetischen Sichtweise begründet. Es werden also die förderlichen Faktoren von Krankheit und entwicklungshindernden Aspekten von Gesundheit bei der Diagnostik in den Vordergrund gestellt. Darüber hinaus werden die genetisch vorgegebenen Vulnerabilitätsfaktoren hinzugezogen. Analysiert werden im Kern die primären Vulnerabilitätsfaktoren, die sekundären Vulnerabilitätsfaktoren und die Stressoren, welche die Risikofaktoren bilden. Das dem gegenüberstehende Konzept der Schutzfaktoren folgt dem Sinn des salutogenetischen Denkens (siehe auch Antonovsky 1997) und stellt die förderlichen Bedingungen zur Bewältigung von Irritationen in den Vordergrund. Schutzfaktoren werden dabei beschrieben als eine Kompetenz, die zur Entwicklung selbst eines geschützten Umfelds bedarf, wie es auch im Kontext der Resonanztheorie (nach z. B. Rosa 2020; Schmidt 2016; Schuhmann 2017 in Scholz et al. 2017) beschrieben wird. Diese Entwicklung findet in Reflexion an eine Herausforderung statt und vor dem nächsten irritierenden Ereignis. Nach Luthar et al. (2000, S. 6) werden vier verschiedene Kategorien von Schutzfaktoren konstatiert:

1. Generelle protektive Faktoren/Protective

Faktoren haben eine direkte förderliche Wirkung bei Individuen mit hohem und geringem Risiko.

2. Stabilisierende protektive Faktoren/Protective-stabilizing

Trotz steigenden Risikos weisen diese Faktoren eine stabilisierende Wirkung auf.

3. Ermutigende protektive Faktoren

Ermutigend in dem Kontext der eigenen Auseinandersetzung mit Stressoren zur Entwicklung der eigenen Kompetenz.

4. Protektive, aber reaktive Faktoren

Eine generelle Förderlichkeit kann konstatiert werden, welche aber bei steigenden Irritationen abnimmt.

Petermann et al. (2004) betonen die komplexen und gegenseitigen Wirkmechanismen zwischen den Risiko- und Schutzfaktoren, wobei das Fehlen des einen Faktors nicht gleich das Dominieren des anderen Faktors bestimmt. Es ist ein dynamischer Prozess der Entwicklung der Resilienz, welcher begründet ist im Kontext der Entwicklungsmöglichkeit innerhalb sicherer Systeme. Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2015) führen die theoretischen Bezüge

zusammen und formulieren die wichtigste Aussage der Forschung darin, dass Resilienz im Kern auf Beziehungen beruht.

4.8 Vertrauen

James S. Coleman (1929-1995) Handlungskonzeption basiert auf der Annahme, dass Gesellschaft durch das Verhalten der Individuen beeinflusst wird. Vertrauen stellt hier eine dieser beeinflussenden Handlungen in Personen oder Institutionen der Gesellschaft dar. Dabei unterliegt die soziologische Betrachtung Colemans nach Müller und Schmid (1998) einem ökonomischen Charakter, da Vertrauen als zu investierende Ressource von Individuen beschrieben wird. Individuen investieren ihr Vertrauen, um einen bestimmten Nutzen zu erzielen. Dabei kann dieses entgegen gebrachte Vertrauen den Erwartungen entsprechen und hat dann ein nützliches Ergebnis erzielt oder wird enttäuscht und erzielt ein nicht den Erwartungen entsprechendes Ergebnis. Diese negative Auszahlung des entgegen gebrachten Vertrauens ist durch den Vorschuss des Einsatzes der Ressource ein Ergebnis, mit welchem das Individuum bei dem Ressourceneinsatz immer rechnen muss. Nach Müller und Schmid (1998) sieht Coleman in jeder sozialen Handlung ein Vertrauensphänomen, weil es Individuen immer dazu zwingt, eine Entscheidung zu treffen, die die eigene Handlung betrifft und beeinflusst. Coleman weicht dem sich anschließenden Problem der Selbstreferenz mit dem ökonomischen Phänomen der Einführung eines Wahrscheinlichkeitswertes aus. Die systemtheoretische Betrachtung der Auswirkungen der sozialen Handlungen in Form von Vertrauen hinsichtlich eines selbstreferentiellen Systems, wie es das zahnmedizinische System darstellt, schließt sich dafür an dieser Stelle an. Luhmann (1973) diskutiert den Vertrauensbegriff zunächst hinsichtlich seiner zeitlichen Orientierung. Er geht davon aus, dass Vertrauen sich auf zukünftige Horizonte bzw. Ereignisse bezieht. Dabei bedürfen unsichere Zukunftsergebnisse einer Planung und Konstruktion dessen, was geschehen könnte. Hierzu ist Vertrauen in Abläufe und Systeme eine notwendige Bedingung zur Einlassung. Luhmann (1973) argumentiert weiter, dass, wenn die Komplexität sich zunehmend erhöht, diese stabilisierende Wirkung auf die Gegenwart nachlassen könne, da die Konstruktion dessen, was passieren könnte, in der Planbarkeit nachlässt und somit der Vertrauensvorschuss in die Zukunft nachließe. Vertrauen hilft den Individuen also dabei, die zukünftigen Ereignisse in konstruierten Grenzen abzubilden, um Struktur in die kommenden Ereignisse zu schaffen (intersubjektive Konstruktion der Welt). Vertrautheit hingegen, als sich in der Vergangenheit konstituierendes Phänomen, ist das Ergebnis der Absorption, also der positiven Wahrnehmung von Ergebnissen in Systemen. Vertrautheit und Vertrauen bilden dabei ein stabilisierendes komplementäres System. Luhmann (1973, S. 23) beschreibt dies wie folgt:

„Auf dem Boden der alltäglichen Weltvertrautheit ist Vertrauen zunächst personales (und damit begrenztes) Vertrauen. Es dient der Überbrückung eines Unsicherheitsmomentes im Verhalten anderer Menschen, dass wie die Unvorhersehbarkeit der Änderungen eines Gegenstandes erlebt wird. In dem Maße, als der Bedarf für Komplexität und ihrer Reduktion, in den Blick kommt, muß das Vertrauen erweitert werden und in jene ursprüngliche -fraglose Weltvertraut zurückdrängen, ohne sie doch je ganz zu ersetzen zu können. Es wandelt sich

dabei in ein Systemvertrauen neuer Art, das einen bewußt riskierten Verzicht auf mögliche weitere Information, sowie bewährte Indifferenzen und laufende Erfolgskontrolle impliziert.“

Wer vertraut, kann auch einen Schaden in Form von Vertrauensverlust oder Vertrauensmissbrauch erleiden. Dabei werden die (vor-)formulierten Erwartungen an die Handlung des Systems nicht erfüllt oder nicht (vollständig) verstanden. Dieses unerwartete Ergebnis führt im Umkehrschluss wieder dazu, dass die Komplexität steigt, da das Individuum außerhalb seiner gesetzten Grenzen agiert und sich mit diesen neuen Systemen auseinandersetzen muss, um wieder eine Erwartung konstruieren zu können, welche mit der Handlung bzw. Interaktion eines anderen Individuums in Verbindung steht. Vertrautheit und Vertrauen stabilisiert, schafft eine eigene Struktur und reduziert Komplexität. Es hat somit Auswirkungen auf die eigene und innere Stabilität, Handlungsorientierung und Erwartungskonstruktion. Eine Verletzung des Vertrauens hat somit auch Folgen für das Selbstvertrauen von Individuen, da eine Einschätzung von Handlungen anderer und die Bildung von Erwartungen und Ergebnissen an diese Handlungen nicht mehr konstituiert werden kann. Im Gegenzug dazu werden Äquivalenten identifiziert und diese in der Vertrauenskonstruktion mit einbezogen. Dies ermöglicht eine neue Stabilisierung und erzeugt vermeintliche Sicherheit. (Luhmann 1973)

Abschließend lässt sich Vertrauen wie folgt zusammenfassen: „Vertrauen beruht auf Täuschung. Eigentlich ist nicht so viel Information gegeben, wie man braucht, um erfolgssicher handeln zu können. Über die fehlende Information setzt der Handelnde sich willentlich hinweg. [...] Vertrauen ist in diesem Sinne eine Willensleistung.“ (Luhmann 1973, S. 33)

4.9 Empowermentkonzept und Individualisierung

Empowerment, also die Ermächtigung, Bewältigung oder Bemächtigung¹³, beschreibt den positiven und lösenden Umgang von Individuen mit herausfordernden Lebensereignissen. Der Ursprung dieses Konzeptes findet sich im politischen Kontext 1976 in der Veröffentlichung von B. B. Solomon „Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities“, wobei hier das Empowerment als eine neue Haltung im Sinne einer helfenden Beziehung zur Förderung der Selbstbemächtigung innerhalb der Bürgerrechtsbewegungen beschrieben wird. Rappaport (1987) begründete diesen Begriff erstmals im Kontext der Familienhilfe aus der Arbeit in der amerikanischen Gemeindepsychologie. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich im soziologischen Verständnis, besonders durch den Soziologen Ulrich Beck (1944–2015), die Theorie der Individualisierung, welche sich ebenfalls mit Veränderungsprozessen in Gesellschaften im Zusammenhang mit der Erkenntnis und Nutzung der Potentiale und der Ergreifung der Selbsttätigkeit beschäftigt, was zur dauerhaften gesamtgesellschaftlichen Entwicklung führt. (Luhmann 1973; Hitzler 2010)

¹³ Eigene Übersetzung, welche als Beispiel angeführt wird. Empowerment selbst bietet eine Vielzahl von Übersetzungsmöglichkeit im Kontext der angeführten Beispiele.

Herriger (1997) formuliert in Anlehnung an Beck (1986) drei Dimensionen von Individualisierung:

- „1. Die Auflösung tradierter Sozial- und Kontrollbindungen (Freisetzungsdimension)
2. Die Erosion normativer Sinnhorizonte (Entzauberungsdimension)
3. Die Entstrukturierung der subjektiven Lebensläufe (Reintegrationsdimension)“.

(Herriger 1997, S. 38)

In der historischen Reflexion können verschiedene wesentliche Daten betrachtet werden, welche auf den Individualismus zurückzuführen sind (Entwicklung der Wohlfahrtsstaatlichkeit, Ausbau der Bildung, Veränderungen innerhalb des Produktionssektors und Veränderungen des tradierten Verständnisses von Geschlechterrollen) **14**. Diese kurze Ausführung des Individualismus macht die Schnittmengen zum amerikanischen Empowermentkonzept dahingehend deutlich, dass Menschen in ihren Erneuerungsprozessen hinsichtlich von „Situationen, Räumen und Passagen ihres Lebens“ (Herriger 1997, S. 51) beschrieben werden, wie auch das Konzept des Empowerment. Herriger (1997) führt weiterhin überschneidende Handlungsdimensionen der professionellen verberuflichten Hilfe an, die „Wegweiser im Irrgarten multipler Identitäten und der Suchen nach Sinn sind, die Vermittlung von Unterstützung beim Aufbau und der Neurenovierung der sozialen Netzwerke sind und die die Eröffnung von Partizipationsräumen, in denen Menschen in sozialer Inklusion die Erfahrungen von selbstorganisierten Gestaltungsfähigkeiten machen und Ressource Solidarität neu entdecken können“. (Herriger 1997, S. 51)

Das Empowermentkonzept, welches sowohl auf Ebene des Individuums aber auch auf Gruppen und Institutionen wirksam werden kann, wird in acht Dimensionen durch Kliche und Kröger (2008, 716ff.) beschrieben:

1. Beteiligung an Entscheidungen

SDM

2. Selbstwirksamkeitserwartung

Salutogenese nach Antonovsky

3. Soziale Unterstützung

Wahrnehmung von Solidarität und Erkenntnis und Nutzung der eigenen Netzwerke

4. Kompetenzen

Kulturelle Techniken und soziale Fertigkeiten erleben und ausüben, Salutogenese

5. Inanspruchnahmeverhalten

Orientierung und Nutzung des Gesundheitssystems, Entwicklung von Gesundheitsbewusstsein und Verantwortung für die eigene Gesundheit

14 Die Ausführung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die verwendeten Beispiele werden exemplarisch angeführt.

6. Zielsetzung und -verfolgung

Ziele bestimmen, Verhalten zur Erreichung zu wählen und damit das Ziel erreichen

7. Reflexionsvermögen

Kognitiver Abstand und Fähigkeit zum Reframing des Erlebten, kritische Reflexionen des eigenen Lebens und der Gesellschaft

8. Innovation

Offenheit für Veränderungen und Risikobereitschaft – Resilienz

Diese Dimensionen stellen einen dynamischen Entwicklungsprozess dar, der von professionellen Anwendern mit Klientenbezug genutzt werden kann, um ein Verständnis für die Situation des Klienten und ggf. Defizite in Hinblick auf die Dimensionen erkennen zu können. Als Interventionsstrategie lassen sich folgende Phasen konstatieren:

1. Mobilisierung

Die Bewusstwerdung einer krisenhaften Lebenssituation ist meist Ausgangspunkt eines Empowermentprozesses. Dabei werden Handlungsrouninen reflektiert und wahrgenommen.

2. Engagement und Förderung

Ambitionen der Mobilisierungsphase werden transformiert in Handlungen, Unterstützung, helfende Personen und Institutionen werden gesucht und aufgesucht.

3. Integration und Routine

Ambitionen werden in Handlungskompetenzen transformiert und in die Lebenswelt integriert.

4. Überzeugung und Organisation

Handlungskompetenzen werden transformiert in Strategien, welche dem Umfeld ggü. argumentiert und verteidigt werden.

(Dick et al. 2015)

Die bereits in der Einleitung beschriebene Erhöhung der Komplexität in den Lebensräumen der Individuen führt einerseits zu einem Entscheidungszwang bezogen auf die Vielzahl von möglichen Strategien hinsichtlich der eigenen Lebenskonstruktion und auf der anderen Seite zu einem Orientierungsverlust eben dieser Sinn- und Lebensstrategien. Verlässliche Handlungsmuster spielen in fortschreitenden Gesellschaften keine verlässliche Rolle und die Individuen verlieren sich in der ausdifferenzierten Welt. Diese von Seligman (2016) beschriebene erlernte Hilflosigkeit basiert auf der Wahrnehmung von Individuen, dass Ereignisse für sie unkontrollierbar sind. Unkontrollierbarkeit wird dabei beschrieben als ein Zustand, der das Ausbleiben einer willentlichen Reaktion des Interaktionspartners oder des Interaktionssystems beschreibt. Dieses Ausbleiben der Reaktion führt zu einer Konsequenz beim Individuum, die zu einer Krise führen kann. Die hier betrachtete APB kann leiden durch das Ausbleiben einer erwarteten Kommunikation (willentlichen Reaktion) des Patienten und führt dann weiter zu einer Konsequenz beim Patienten, welche in diesem Beispiel die Störung der APB darstellen könnte. Diese Störung kann zu einer Krise des Patienten führen, welche durch die Nutzung der Patientenberatung (1. Phase – Mobilisierung). In dieser Beratung kann dann durch die Patienten-Berater-Interaktion (2. und 3. Phase des Empowerments) der

Empowermentprozess fortgesetzt und die APB wiederhergestellt werden, sodass der Behandlungsprozess fortgeführt und abgeschlossen werden kann (4. Phase – Überzeugung und Organisation). **15**

Dieses Beispiel macht deutlich, dass ein Empowermentprozess eine Unterstützung in Form eines professionellen Helfers oder Systems bedarf um gelingen zu können. Auch im medizinischen Kontext wird vom Empowerment gesprochen. Das Patientenempowerment wird eingebettet in die in der vorliegenden Arbeit bereits vorgestellten Themen SDM/PEF sowie Salutogenese-Modell. Dabei steht die Partizipation bei Entscheidungen des Patienten an erster Stelle der Betrachtung. Partizipation beinhaltet die aktive Wissensvermittlung und Information über den Zustand des Patienten. Reichardt und Gastmeier (2013) betonen die Widersprüchlichkeit in diesem Konzept bezogen auf das Patientenempowerment. Denn die Schaffung eines tatsächlich vollumfänglich informierten Patienten, welcher alle Handlungsoptionen ermessen und abwägen kann, ist doch ein eher unwahrscheinliches Ergebnis eines Arzt-Patienten-Gesprächs (wie auch die Ausführungen von deutlich machen). Die Patientenberatung kann hierbei ein unterstützender Faktor für die APB sein, da die Beratung den Patienten befähigen kann, Verständnis und Handlungskompetenzen hinsichtlich seines Krankheitsverhaltens zu entwickeln und im Sinne des salutogenetischen Modells nach Antonovsky (1996) in der Interaktion mit dem Berater Sichtweisen und Ressourcen zur Verbesserung und/oder Beseitigung seiner gesundheitlichen Störung zu erlangen. Die asymmetrischen Beziehung in der APB und in der Patient-Berater-Interaktion bleibt eine Konstante, welche scheinbar als Gelingensfaktor zu betrachten ist, wie es auch Begenau et al. (2010) in ihren Ausführungen konstatieren. Auch der Empowermentprozess weist in seiner Beschreibung Charakteristika einer asymmetrischen Beziehung auf, da die Einbindung einer helfenden Beziehung (2. Phase – Förderung) als eine Abhängigkeitsbeziehung konstatiert wird.

15 Betrachtet wird hier ausschließlich der Empowermentprozess. Die Herstellung von Resonanz und Steigerung der Resilienz mithilfe von Empathie und Vertrauen wird in der Schlussbetrachtung in Beziehung gesetzt.

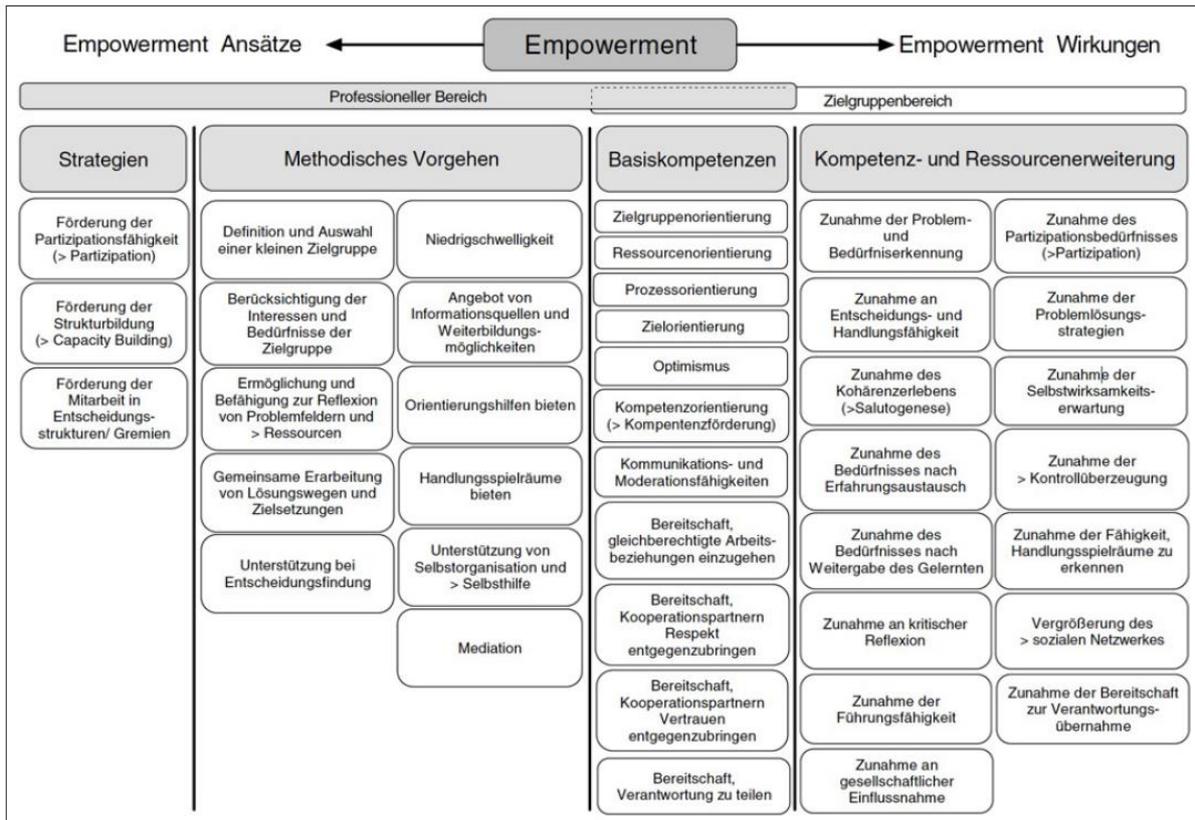


Abbildung 12: Empowerment – Ansätze und Wirkungen (Brandes und Stark 2023, o. S.)

In der Abbildung 12 wird das Empowerment in seinen Ansätzen und Wirkungen nach Brandes und Stark (2023) in komprimierter Form dargestellt. Die Darstellung betont besonders die mögliche Entwicklung des Klienten bezogen auf die Kompetenzen und Ressourcen, welche mit Hilfe von Interaktionen entstehen kann.

4.10 Schließende Betrachtung und überleitende Fragestellung

Das professionelle Arbeitsbündnis zielt nach Helsper (2016) darauf ab, die Autonomie zu stärken, um das Dilemmata zwischen Begründungszwang und Entscheidungsverpflichtung zu verringern. Dies zu erreichen, eröffnet aber eine Vielzahl von Dilemmata und Antinomien, welche wiederum in diesem professionellen Arbeitsbündnis Eingang finden müssen. Dabei wird die Frage aufgeworfen, wie fragil dieses Arbeitsbündnis tatsächlich ist und welche Faktoren erfüllt sein müssen, um dieses zu stärken. Patienten bewegen sich ebenfalls in einer Vielzahl von Antinomien, welche sie durch die in der Professionstheorie benannte helfende Beziehung abbauen sollen. Doch wenn die helfende Beziehung selbst durch unterschiedliche Einflüsse Antinomien erzeugt, stellt sich die Frage, was diese helfende Beziehung stützen kann, um diese sensible Beziehung erhalten zu können.

Der mündige Patient sollte in der Lage sein, Entscheidungen formulieren zu können und diese auch zu vertreten. Individuen, die in der Lage sind, aktive Entscheidungen zu treffen, sind gleichzeitig auch in der Lage, komplexe Inhalte zu strukturieren und dann unter Bezugnahme

auf die entsprechenden Begründungszusammenhänge eine Auswahl vorzunehmen. Hierfür bedarf es eines uneingeschränkten Informationszugriffs und ein umfängliches Verständnis für die jeweilige Situation. Dieses ideale Szenario entspricht nicht der Realität eines Patienten, worin sich die helfende Beziehung innerhalb der Profession begründet. Doch auch diese Beziehung unterliegt Wandlungsprozessen weg von einem paternalistischem hin zu einem partnerschaftlichen und partizipativen Verhältnis. (Donner-Banzhoff 2012; Jonitz 1999)

Dies wiederum widerspricht der Herleitungen von Dick; Begenau et al.; Buber (2016; 2010; 2021), die in ihren Ausführungen bezüglich der helfenden Beziehung deutlich machen, Helfen in jeglicher Form bedeute, dass eine Asymmetrie in der Beziehung vorliegt, denn der Helfende nimmt stets eine übergeordnete Position ein, welche in der Handlungs- bzw. Entscheidungsfähigkeit begründet liegt. Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit begründet sich weiterhin in einem umfangreicheren Wissens- und Informationsbestand. Charles et al. (1999) betonen, dass eine Alleinigkeit in der Entscheidungsfindung eine Überforderung auslösen könnte und daher eine Verteilung von Verantwortung notwendig sei. Die ärztliche Beziehung birgt dabei noch eine Besonderheit der Offenbarung und Intimität: die Offenbarung des Hilfesuchenden in Form einer gesundheitlichen Irritation und die Intimität der Berührung in Form der Behandlung. Auf der anderen Seite findet sich die Gegensätzlichkeit in Form einer erhöhten wirtschaftlichen Orientierung aufseiten des Gesundheitssystems, welche die Behandlung durch eine Kostenlogik definiert, die auch eine zeitliche Limitierung mit sich bringt. Wurde zu Beginn die Frage nach der Fragilität des professionellen Arbeitsbündnisses gestellt, wird schnell deutlich, dass auf beiden Seiten diese Beziehung hohen Belastungsmomenten unterliegt. Die Implementierung der zahnärztlichen Patientenberatung war eine professionsinterne Konstruktion der Erweiterung dieser sensiblen Beziehung, um den Moment der Beratung. Dabei kann mit dieser Erweiterung der Entwicklung aufseiten des Gesundheitssystems entgegengewirkt werden, da dieses oftmals den originären Aufgabenbereich der Profession beschneidet. Beispielsweise beschreiben Charles et al. (1999) im Kontext des SDM, dass es Ziel sein sollte, einen Raum zu schaffen, in dem der Patient in die Lage versetzt wird, Vorstellungen, Befürchtungen und Wünsche zu äußern. Zur Erlangung einer solchen Grundvoraussetzung bedarf es Gelingensbedingungen, die nach Buber; Steinmetz (1999; 2016) in der Hinwendung, dem Innewerden, Verantwortung und Anerkennung der Andersartigkeit begründet liegen, da dies Faktoren darstellt, welche eine dialogische Beziehung begründen. Buber (1999) führt weiterhin aus, dass das Aufnehmen der Gesamtheit der Person und ihrer Realität den Zugang zur Wahrheit des Gegenübers ermöglicht. Dieses Aufnehmen der Gesamtheit des anderen findet sich in der Begründung der Theorie der Empathie und besonders der Resonanz wieder. Dabei kann aus den vorangegangenen Ausführung der vorliegenden Arbeit, aus den Belastungsmomenten in der APB eine Entfremdung im Sinne der Resonanztheorie nach Rosa (2020) konstatiert werden. Die Patientenberatung stellt in diesem Kontext ein Instrument dar, um die Resonanz des Patienten wiederherzustellen bzw. die Entfremdung abzubauen. Dabei konstatiert Rosa (2020, S. 306) die Entfremdung als eine „[...] spezifische Form der Weltbeziehung in der

Subjekt und Welt indifferent gegenüber stehen [...]“. Weiterhin beschreibt Rosa (2020) diese indifferente Beziehung als Unverbundenheit und Beziehungslosigkeit.

Schwarzer und Posse (2005, S. 139) titulieren Beratung als eine „soziale Interaktion zwischen mindestens zwei Person. Das Ziel der Beratung besteht darin, in einen gemeinsamen verantworteten Beratungsprozess die Entscheidungs- und damit Handlungssicherheit zur Bewältigung eines aktuellen Problems zu erhöhen.“

Antonovsky (1997) spricht in diesem Zuge in seinem Modell des SOC von einer sinnstiftenden und vertrauensvollen Bewältigung. Deutlich wird bei den herangezogenen Beispielen, dass die Aspekte der Entfremdung innerhalb eines gelungenen Beratungsprozesses umgekehrt werden können und dabei die Resonanz wiederhergestellt werden kann, was ebenfalls zur Herstellung der Handlungs- und Entscheidungssicherheit beiträgt.

Im folgenden empirischen Teil dieser Arbeit wird mithilfe eines Mixed-Method-Ansatzes untersucht, inwiefern die Patientenberatung in der Praxis diese theoretische Herleitung abbilden kann, welche Besonderheiten der Beratung beschrieben werden können, ob ggf. Einflüsse auf die APB abgeleitet werden können und welche Auswirkungen dies auf die Patientenschaft hinsichtlich des Umgangs mit den Antinomien mit sich bringt.

II. Teil Empirie

5. Forschungsmethodik: Design, Daten, Ergebnisse

5.1 Forschungsdesign

Dieses Forschungsvorhaben wurde dem Ethikrat der Otto-von-Guericke Universität vorgestellt. Eine zustimmende Bewertung des Ethikrates wurde der Autorin am 13. Februar 2017 übermittelt (siehe Anlage I).

Die vorliegende Arbeit folgt einem explorativ beschreibenden Ansatz. Dabei wird darauf abgezielt Bedeutsamkeiten der Untersuchungseinheit der Patientenberater, Patienten und Mediziner zu explorieren und deren Sinnzusammenhänge erkennen zu können (Kruse 2015). Das Design strukturiert das vorliegende Datenmaterial und dient der Kenntlichmachung latenter Bedeutungen und Strukturen innerhalb der Patientenberatung. Dabei wurde mit dem gewählten Erhebungsinstrument versucht, einen möglichst breiten, aber auch tiefen Einblick zu generieren. Daher erfolgte die Anwendung eines primär qualitativen Forschungsdesigns, welches neben zwei qualitativen Forschungsmethoden zur Abbildung des gesamten Forschungsfeldes durch eine quantitative Methode unterlegt ist. Somit folgt dieses Design dem Mixed-Method-Ansatz (Flick 2011b). Gewählt wurde dieses Verfahren der qualitativen Forschung, da sowohl der Prozess der erhobenen Daten als auch der Prozess der Fallanalytik abgebildet werden sollte. Weiterhin stand die Kommunikationssituation sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess als zentrales Spezifikum zur Abbildung des alltagsweltlichen Handelns der Befragten; als auch zur Abbildung der Wirklichkeit der Befragten im Vordergrund. Die kommunikative Befragungssituation ermöglichte den beteiligten Parteien eine immer wiederkehrende wechselseitige Reflexion. Ein quantitatives Erhebungsinstrument wäre für ein der Artes Forschungsdesign nicht geeignet gewesen. (Flick 2011b; Lamnek und Krell 2016)

Es schließt sich in Abb. 13 eine Gesamtschau des Forschungsdesigns an, welche sowohl die Einzelaspekte des Designs verdeutlicht als auch die angeführte Triangulation expliziert.

Die Durchführung der Gruppendiskussionen mit Patientenberatern erfolgt unter der Annahme der Möglichkeit zur Abbildung konjunktiver Erfahrungsräume in mikrosoziologischer Hinsicht. Dabei wird dieser Erfahrungsraum in Aktion, also in Interaktion, innerhalb der Gruppe ausgedrückt. Diese kollektive Sinnrekonstruktion ermöglicht im hermeneutischen Sinne eine reflexive Abbildung von latenten Bedeutungen, subjektiven Deutungsmustern und ein Verständnis der Lebenswirklichkeit der Gruppenteilnehmer. (Kruse 2015; Lamnek und Krell 2016)

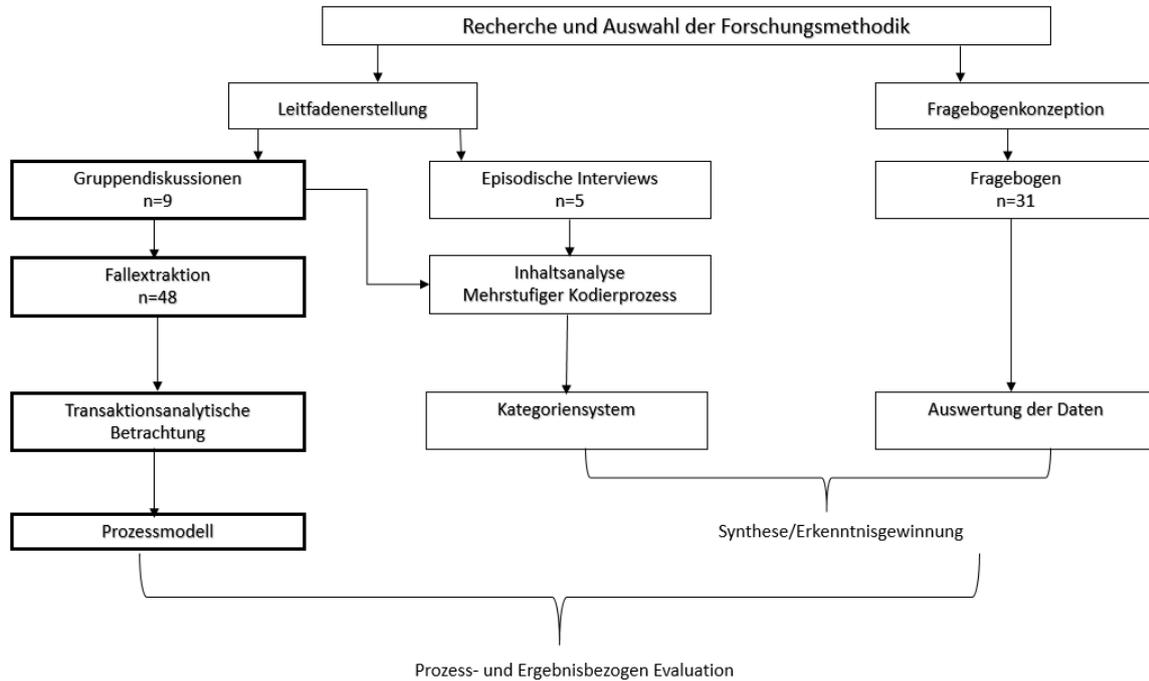


Abbildung 13: Forschungsdesign
(eigene Darstellung)

Parallel wurden episodische Interviews nach Flick (2011a) mit Patienten geführt. Die Befragung der Patienten wurde durchgeführt, um das Forschungsfeld umfänglicher abbilden zu können. Ziel hierbei war es, die subjektiven Erfahrungsräume aus Sicht der Patienten kennenzulernen und im Sinne einer ergebnisbezogenen Evaluation die Ergebnisse der Auswertung der Gruppendiskussion gegenüberstellen zu können. Dabei können die Erfahrungsräume der Berater und der Patienten in Verbindung gebracht werden. Nach Kuckartz (2012) wurden diese Interviews inhaltlich strukturierend und kategorienbildend ausgewertet. Dabei dient diese Auswertung nicht dazu, Vergleiche anzustellen, sondern das Spektrum der Patientenberatung umfänglicher betrachten zu können. Dieser Anspruch führt auch dazu, dass die Mediziner als weitere Beteiligtegruppe innerhalb dieser Forschungsarbeit befragt wurden. Aufgrund der begrenzten Zeit dieser Personengruppe wurde die Befragung mithilfe eines quantitativen Fragebogens gewählt, welcher einer statistischen Auswertung unterzogen wurde. Zur Verdichtung des Forschungsfeldes war es ein wichtiger Faktor, auch die Erfahrungen innerhalb dieser Gemeinschaft abbilden zu können.

Die Auswertung der Gruppendiskussionen wurde ebenfalls inhaltlich strukturierend nach Kuckartz (2012) durchgeführt und zusätzlich wurden die aus der Beratung berichteten und erzählten Fälle extrahiert. Diese Fälle wurden zudem transaktionsanalytisch ausgewertet, um ein Verständnis für den Beratungsprozess zu erhalten. Zusätzlich wurde hinsichtlich der Ergebnisse eine Gesamtsynthese aus quantitativen und den qualitativen Ergebnissen durchgeführt. Dabei dienen diese induktiv und deduktiv erzeugten Ergebnisse dazu, den

mikrosoziologischen Kontext, die subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen der drei wichtigsten Akteure der Patientenberatung und deren Beziehung untereinander umfänglicher abbilden und verstehen zu können. Zentrale Erkenntnisse aus dieser Synthese ermöglichen einen Einblick auf die Besonderheiten der Patientenberatung und die Auswirkungen auf die weiteren Systeme. Die zentralen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind die Erkenntnisse aus der transaktionsanalytischen Bearbeitung der extrahierten Fälle aus den Gruppendiskussion. Diese Erkenntnisse zeigen deutlich die Bedeutsamkeit der Patientenberatung.

5.2 Datenerhebung

5.2.1 Gruppendiskussionen

Dieses qualitative Erhebungsinstrument wurde in den USA in den 40er-Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt, um die Wirkung von Propaganda zu untersuchen. In Deutschland wurden Gruppendiskussionen seit den 1950er-Jahren eingesetzt, um politische Einstellungen zu erforschen. In sozialwissenschaftlichen Kontexten verankerte sich diese Methodik zur Explikation von kollektiven und sozial konstruierten Deutungsmustern. (Kruse 2015)

Dröge und Pollock (2006, S. 259) gehen bei ihrer Betrachtung einer Studie aus den Jahren 1950/51 (121 Gruppendiskussionen, 1635 Teilnehmer) davon aus, dass „[...] erst in der Auseinandersetzung mit anderen trete, so die Annahme, die Elemente der öffentlichen Meinung hervor und gewinne ‚Kontur‘ [...]. Zudem soll die Dynamik der Gruppeninteraktion dazu beitragen, ‚psychologische Sperrren‘ und ‚Widerstände‘ zu überwinden, die die Menschen von der Artikulation ihrer Meinung entweder gänzlich abhalten oder sie bewusst oder unbewusst ‚Rationalisierungen‘ dränge [...].“ Dass das Gruppendiskussionsverfahren dazu beiträgt, die Individualmeinung zu explorieren und diese auch grundsätzlich kollektiven Orientierungsmustern unterliegen, wird durch die Arbeiten von Werner Mangold (zitiert nach: Kruse; Bohnsack und Przyborski (2015; 2007)) vertieft argumentiert. In weiteren Forschungsansätzen wird dieser Ansatz allerdings revidiert. Es wird in den interaktionistisch geprägten Diskursen davon ausgegangen, dass diese Individualmeinungen sich erst innerhalb des Prozesses der Gruppendiskussion herausbilden. Bohnsack et al. (2010) argumentieren in ihren Ausführungen, dass Gruppen Orientierungs- und Sinnstiftungsmustern unterliegen, welche intuitiv verstanden werden, da diese aufgrund von geteilten Erfahrungen erzeugt werden. Kruse argumentiert weiterhin, dass „[...] das Gruppendiskussionsverfahren macht es so gesehen empirisch möglich, milieu-, geschlechter- und generationsgebundene [...] seinsgebundene Deutungsmuster zu rekonstruieren.“ (Kruse 2015, S. 192)

Diese qualitativ-rekonstruktiven Methode ist da limitiert, wo die Besonderheiten des Modells beschrieben werden. So lässt sich beispielsweise nicht klar abbilden, wo die Individualmeinung durch die Gruppendynamik beeinflusst wird und innerhalb der Kommunikation der Gruppendiskussion einem homogenen Meinungsgerüst der Gruppe folgt oder unterliegt. Grund einer Gruppendiskussion sollten auch möglichst keine individuellen Handlungen oder Prozesse sein, da die Äußerungen der Teilnehmer nur bedingt das

individuelle Handeln im Sinne der Biografieforschung widerspiegeln. Die Äußerung innerhalb der Gruppendiskussion entspringt dem kollektiven Zusammenhang und dem kollektiven normativen Raum, in dem sich die Teilnehmer befinden. Somit entspringt die individuelle Erzählung dem kollektiven Raum. Eine weitere Limitierung stellen prozessorientierte Forschungsansätze dar. Heterogene Gruppen eines Themenspektrums haben nur begrenzt Rückgriff auf längere Zeiträume. Vergangene Entwicklungen können nur begrenzt wiedergegeben werden. Sowohl dieses Argument als auch jenes, dass eine Gruppendiskussion nur das gesprochene Wort generiert und keine Handlungspraxis per se abbildet, begründet die Empfehlung, das Gruppendiskussionsverfahren mit anderen Methoden zu triangulieren, um die Ergebnisse zu verdichten. Einen weiteren kritischen Punkt der Betrachtung stellt die „Selbstläufigkeit“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 105) der Diskussion dar. Gemeint ist, dass die Teilnehmer auch in der Lage sind, auf einen kollektiven Wissensbestand zurückzugreifen, da die kollektive Orientierung durch selbstläufige Diskussionen herausgebildet werden könne. Freiläufige Gespräche ohne moderierenden Eingriff müssen somit Bestandteil einer Gruppendiskussion sein. (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021)

Die in der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellten Gruppendiskussionen wurden erstmals 2013 durchgeführt. Das „Institut der deutschen Zahnärzte“ (IDZ) und das „Zentrum für zahnärztliche Qualität“ (ZZQ) verfolgten, zusammen mit dem Lehrstuhlinhaber der Betriebspädagogik, Prof. Dick, das Ziel der Evaluation der zahnmedizinischen Patientenberatung. Die Forschungsmethodik wurde hinsichtlich einer möglichen Abbildung von kollektiven Deutungsmustern geäußerten Individualmeinungen und der Rekonstruktion des gemeinsamen Erfahrungsraumes der Befragten gewählt. Die Einladung der Teilnehmer erfolgte durch das IDZ/ZZQ und wurde an die Verantwortlichen der Kammern gerichtet. In den Kammern erfolgte dann die Auswahl der Personen, welche mit der Patientenberatung betraut waren. Da die Patientenberatung in allen Bundesländern der Bundesrepublik verankert ist, wurde im Einladungsprozess der Fokus auf die Beteiligung aller Bundesländer in Form eines Teilnehmers gelegt. In Tabelle 1 sind die Teilnehmerzahlen aller Gruppendiskussionen dargestellt. Aufgrund eines Strategiewechsels der Bundeszahnärztekammer (BZK) hinsichtlich ihrer Forschungsausrichtungen übernahm das ZZQ mit dem Themenkreis der „Patientenorientierung“ das Evaluierungsprojekt im Jahre 2017. Die Gruppendiskussionen im Jahr 2020 mussten durch die weltweite pandemische Lage durch das COVID-19-Virus online durchgeführt werden. Im Jahr 2017 wurde nur eine Gruppendiskussion durchgeführt.

Datum	Teilnehmer	Format	Themen
05.07.2013	11	Präsenz	Evaluation
12.07.2013	12	Präsenz	Evaluation
23.10.2017	15	Präsenz	Berichtserstattung
05.09.2018	11	Präsenz	Kosten und Beschwerden
12.09.2018	6	Präsenz	Kosten und Beschwerden
25.09.2019	9	Präsenz	Patientenrecht/Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen
02.10.2019	13	Präsenz	Patientenrecht/Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen
21.10.2020	11	Online	Beratungen zu Adressen, Verbraucherinformationen
28.10.2020	11	Online	Beratungen zu Adressen, Verbraucherinformationen

Tabelle 1: Formale Darstellung Gruppendiskussionen
(eigene Darstellung)

Der hierfür im Jahr 2017 erstellte Leitfaden (alle Leitfäden der Gruppendiskussionen befinden sich im Anlage II) eröffnete sowohl hinsichtlich der Rolle der Patientenberater Diskussionsansätze als auch bezogen auf das Verständnis der Patientenberatung allgemein. Weiterhin wurden die teilnehmenden Patientenberater gebeten, Fälle zu äußern, die sie in ihrer Tätigkeit als Berater besonders beeindruckt haben. Gestaltschließend wurden die Berater gebeten, ihre Einschätzung zu äußern, wann eine Patientenberatung erfolgreich war und wie dies sichergestellt werden kann. Auch Kernprobleme der Beratung wurden diskutiert. Geschlossen wurde die Diskussion mit Fragen nach dem, was die Teilnehmer aus der Gruppendiskussion mitnehmen. Die weiteren Gruppendiskussionen erfolgten nach dem Strategiewechsel der BZK und des im Jahre 2015 eingeführten statistischen Erhebungsinstruments der Patientenberatung, welches die Berater im Anschluss nach der Beratung per Eingabe in eine Software durchführten. Danach ergaben sich durch die Erhebung Schwerpunktthemen der Beratung, welche in den folgenden Jahren als thematische Rahmung für die Gruppendiskussionen durch das ZZQ festgelegt wurden (die Themen der jeweiligen Gruppendiskussion sind der Tabelle 1 zu entnehmen). Die Gruppendiskussionen wurden dann zum Zwecke der Verarbeitung zu einer Veröffentlichung als Jahresbericht in einer Primäranalyse inhaltsanalytisch deduktiv untersucht. Die hier vorliegende Forschungsarbeit widmete sich dem Material in einer vertiefenden abduktiven Sekundäranalyse. Die erstellten Transkripte wurden nach Kuckartz (2012) ausgewertet. Zusätzlich wurden die von den Beratern erzählt oder berichteten Beratungsfälle extrahiert (n=48). Diese Fälle stellen den Kern der Analyse in der vorliegenden Arbeit dar. In Kapitel 5.3 wird vertiefend auf die transaktionsanalytische Auswertung der Fälle und der Auswertung nach Kuckartz (2012) eingegangen.

5.2.2 Episodische Interviews

Diese qualitative Interviewform greift auf das semantische und das episodische Wissen des Interviewpartners zu und ist damit in der Lage, auch deren Verknüpfung innerhalb einer Episode darzustellen. Flick (1996, 2011a) benennt die Besonderheit der Interviewform eben in der Explikation beider Wissensbestände, da sich das semantische Wissen auch durch das Erfahrungsspektrum innerhalb von Episoden speist und darin entspringen kann. So stellt sich auch der Aufbau eines episodischen Interviews dar. Einerseits werden durch den Interviewer gezielte Fragen gestellt, um bestimmte Antworten generieren zu können, andererseits werden Erzählimpulse gesetzt, um eine Situationserzählung zu erzeugen. Abb. 14 visualisiert die Generierung von semantischem und episodischem Wissen.

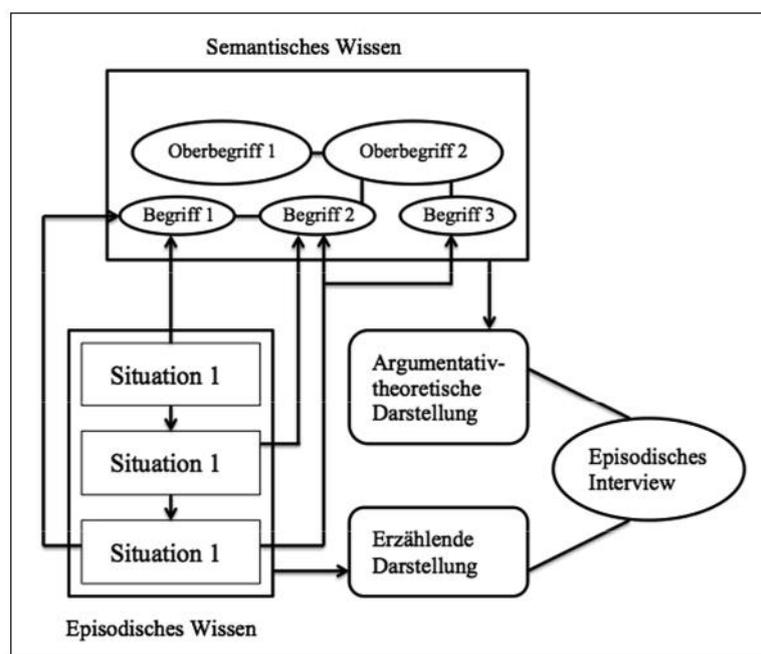


Abbildung 14: Bestandteile des episodischen Interviews
(Oelerich und Otto 2011, S. 274)

Dieses Vorgehen ermöglicht ein dynamisches Interview, das wechselseitig die subjektiven Perspektiven herausarbeitet. Deutlich wird dabei, dass nicht garantiert werden kann, dass alle Aspekte der Episode angesprochen werden. Die aus der Auswahl des Mitgeteilten erzeugten Daten unterteilen sich in der Situationserzählung, es entwickeln sich Repisoden und Stereotype, Beispielschilderungen und subjektive Definitionen, welche sich mit argumentativen Aussagen verbinden. Eine Abgrenzung zum narrativen Interview ist deutlich in der Struktur als auch in seiner Durchführung erkennbar. (Oelerich und Otto 2011, S. 274; Flick 2011a, 1996)

Die in der vorliegenden Arbeit durchgeführten Interviews (n=5) wurden mit Patienten durchgeführt, welche die Patientenberatung besucht haben. Zur Wahrung der Anonymität

und Freiwilligkeit wurden durch die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt Anschreiben der Autorin an die Beratungsstellen in Sachsen-Anhalt versendet, welche die Patienten darum baten, sich bei Interesse zu einem Interview zu melden. Nach der Kontaktaufnahme mit der Autorin erfolgten eine Terminvereinbarung und ein Besuch an einem von den Interviewpartnern gewünschten Ort. Die erzeugten Audiodateien wurden transkribiert und einer Auswertung nach Kuckartz (2012) unterzogen.

5.2.3 Fragebogen

Zur vollständigen Darstellung des Forschungsfeldes wurden neben den Beratern und Patienten auch die Behandler, also die praktizierenden Zahnmediziner, mittels eines quantitativen Fragebogens befragt. Gewählt wurde diese Form der Datenerhebung, da eine Einschätzung der Beratung, also ein Meinungsbild der Zahnmediziner bezogen auf die Beratung, das Ziel der Befragung darstellte. Dieses Ziel hätte auch mittels einer Interviewform verfolgt werden können. Die Entscheidung fiel auf einen online bereitgestellten Fragebogen aufgrund der zeitlich begrenzten Kapazitäten dieser Berufsgruppe. Der Fragebogen setzt sich zusammen aus 16 Fragen, wobei zuerst ein kurzer einleitender Text steht. Es schließen sich die ersten drei Fragen an, die sich mit der Thematik der Kommunikation zwischen Arzt und Patient beschäftigen. Die Fragen vier bis elf beschäftigen sich mit der Patientenberatung und erfragen das Verhältnis zwischen Arzt und der Patientenberatung in unterschiedlicher Weise. Die zwölfte Frage ermöglicht den Teilnehmern eine Freitexteingabe im Hinblick auf die Frage, was sie sich von ihren Patienten wünschen würden. Es schließen sich die Abfrage von soziodemografischen Daten bzw. Fragen zur Berufspraxis in den Fragen 14 bis 16 an. Dabei wurde größtenteils mit geschlossenen Kategorie- oder Ratingfragen und Fragen mit Einfachnennungen gearbeitet. Der Fragebogen schließt mit einer Utopiefrage. Er wurde online (umfrageonline.com) zur Verfügung gestellt. Ein Anschreiben mit der Bitte zur Beteiligung wurde durch die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe und das Masternetzwerk „Integrated Practice in Dentistry“ verbreitet. Nach etwa sechs Monaten wurde die Befragung mit n=31 offline gestellt.

5.3 Datenauswertung

5.3.1 Gruppendiskussion

Das umfangreiche Material der neun durchgeführten Gruppendiskussionen wurde nach der Transkription einer intensiven Gesamtschau unterzogen. Dabei wurden formale als auch inhaltlich semantische Aspekte betrachtet. Anschließend wurde ein parallel verlaufendes kategorienbildendes Verfahren in Anlehnung an Kuckartz (2012) durchgeführt. Hierbei wurde einerseits ein Kategoriensystem erarbeitet, das die mannigfaltigen Themenbereiche der Patientenberatung auffächert, und gleichzeitig wurden Fälle im Material identifiziert, die von den Beratern in der Diskussion geäußert wurden. Die Fälle stellen die primäre Analyseeinheit in der Datenauswertung dar. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Fallanalytik/Analyse und der Bildung des Kategoriensystems vorgestellt.

5.3.1.1. Fallexploration

Nach der Identifikation der Fälle (n=48) erfolgt eine formale und inhaltliche Betrachtung der Fälle. Dabei wurde bei der formalen Betrachtung analysiert, welcher Textsorte die Fallrekonstruktion des Beraters zuzuordnen ist. Unterschieden wurde zwischen Bericht und Erzählung. Erzählungen weisen nach Rickheit et al. (2003) eine mündliche Form auf, um besondere Geschehnisse und Ereignisse mitzuteilen. Dabei begründet sich die Erzählung in der subjektiven Konstruktion der erzählten Welt des Erzählers. Die erzählten Ereignisse und Handlungen haben einen szenischen Charakter und sind weniger faktisch als Berichte. Berichte können sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form erfolgen und verfolgen den Zweck, über entscheidungsrelevante oder informative Aspekte und Fakten zu informieren. Dabei gelten beide Formen als untergeordnete Form „narrativer Verbalisierungsmuster“ Rickheit et al. (2003).

Weiterhin ist festzustellen, dass der Aufbau der erzählenden Form einem Ablaufmuster folgt, das geprägt ist von der Setzung eines episodischen Rahmens, einer Orientierungsphase, der Bildung des Vorstellungs- bzw. Fiktionsraum und einer Ergebnisdarstellung. Der Bericht hingegen strukturiert sich in die Rückschauerspektive, welche nicht das Ziel der Vernetzung mit dem Hörer verfolgt, und die Sprechsituation, die objektive und sachliche Fakten des Geschehens, aber auch vermutetes Geschehen wiedergibt. Da Erzählungen einer chronologischen Struktur folgen und damit das Geschehen im Ganzen abbilden, nehmen auch handelnde Personen oder Personen, die von der erzählten Handlung betroffenen sind, Raum darin ein. Berichte hingegen folgen in ihrer Struktur der Nachschau von Geschehnissen, also Zustandsbeschreibungen, welche die Einbindung von Personen nicht notwendig macht. Als Beispiel können hierfür z. B. Unfallberichte oder Jahresabschlussberichte angeführt werden. (ebd.)

Für die Fälle, die im weiteren Verlauf der Auswertung transaktionsanalytisch betrachtet wurden, ist die Differenzierung in Berichte und Erzählungen ein notwendiger Analyseschritt. Die extrahierte Fälle, die in Berichtsform mitgeteilt wurden, wiesen, wie es auch Rickheit et al. (2003) angeben, keine Einbindung von Handelnden oder Betroffenen einer Handlung durch indirekte oder direkte Zitate auf. Bei diesen Fällen konnten lediglich der Verlauf und das Ergebnis dargestellt werden. Weiterhin wurden zwei weitere Fälle der transaktionsanalytischen Betrachtung ausgeschlossen, da diese aufgrund anderer Störungen im Erzähl- oder Berichtsfluss sich als nicht auswertbar darstellten.

Nach dieser formalen Analyse der Fälle konnte die inhaltliche Betrachtung mithilfe der Methode der Transaktionsanalyse (siehe hierzu Kapitel 5.4) für die verbleibenden Fälle erfolgen.

5.3.2 Episodische Interviews und gesamtmaterial Gruppendifkussion

Sowohl die episodischen Interviews mit den Patienten als auch das Gesamtmaterial der Gruppendifkussionen wurde einer inhaltsanalytischen strukturierenden Auswertung in Anlehnung an Kuckartz (2012) unterzogen. Kuckartz (2012) schlägt für das Vorgehen einer inhaltsanalytischen Auswertung die in der folgenden Abbildung dargestellten Schritte vor (siehe Abb. 15).

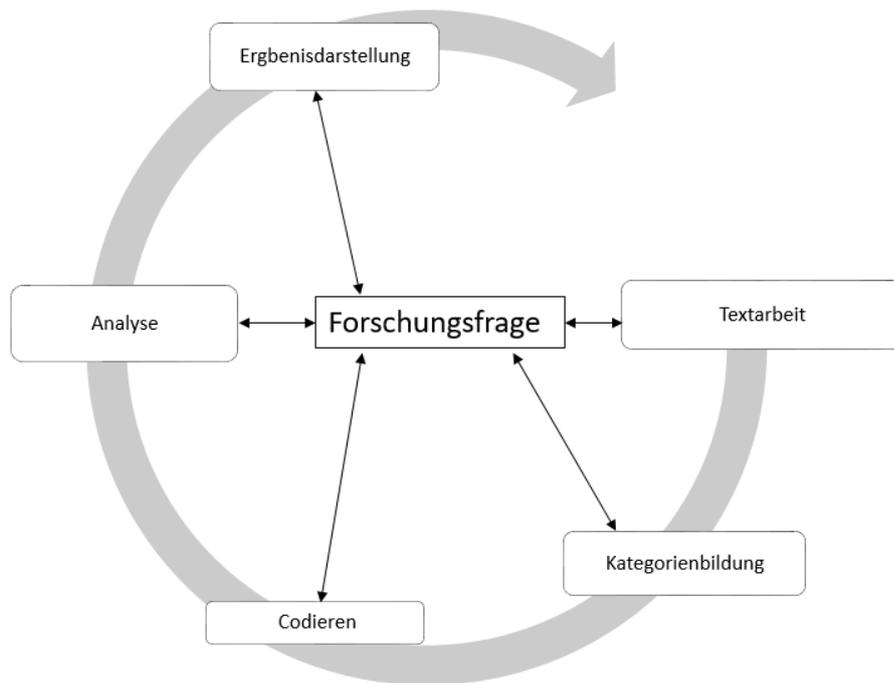


Abbildung 15: Ablaufschema qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2012)
(eigene Darstellung)

Kuckartz (2012) betont den iterativen Charakter der qualitativen Inhaltsanalyse im Vergleich zur klassischen Inhaltsanalyse, welcher weniger stringent in seiner Umsetzung sein kann und eine mögliche Variabilität im Ablauf aufweisen kann. So sei es beispielsweise laut Kuckartz (2012) möglich, weitere Daten zu erheben, wenn das Kategoriensystem bereits erarbeitet wurde. Deutlich wird dabei, dass die Schritte selbst in ihrer Ausprägung unterschiedlich sein können und jeder Schritt im Zusammenhang mit der Forschungsfrage steht.

Ein Kategoriensystem generiert sich bei einem induktiven Vorgehen durch die inhaltsanalytisch gewonnenen Codes. Diese Codes seien laut dem Diskurs von Kruse (2015) eine „wortsemantische Analyse der Textdatei“ mit einem interpretativen Charakter. Flick (2008) hingegen differenziert diese Betrachtung nochmals in eine Kodierung zur Subsumierung, welche als eine Tätigkeit der Routine zu beschreiben sei, und andererseits als Vorgehen, welches einen höheren qualitativen Wert erzeugt, da es nicht routinegeleitet

erfolgt, sondern die geistige und kreative Eigenleistung des Auswertenden Zusammenhänge sichtbar gemacht werden können. Auch Kuckartz (2012) schlägt für die inhaltlich strukturierende Analyse einen mehrstufigen Kodierprozess vor, welcher zunächst einen ersten Überblick in Form von Kategorien verschafft und im zweiten Schritt eine differenzierte Kodierung empfiehlt. Das Kategoriensystem gestaltet sich dann durch die formulierten Haupt- und Subkategorien. Dabei werden die Subkategorien immer wieder geprüft. Durch diese Überprüfung nimmt das System eine valide und sättigende Gestalt an.

Für die hier vorliegende Arbeit wurden die Kategorien sowohl bei den episodischen Interviews als auch bei der Analyse des Datenmaterials der Gruppendiskussion (über die Fallanalytik hinaus) anhand eines induktiven Vorgehens entwickelt. Auch in diesem Kontext schlägt Kuckartz ein Ablaufschema vor.

- „1. Ziel der Kategorienbildung auf der Grundlage der Forschungsfrage bestimmen.
2. Grad der Differenziertheit der Kategorie bestimmen.
3. Abstraktionslevel festlegen.
4. Mit der ersten Textstelle, die für die Kategorienbildung herangezogen wird, beginnen.
5. Die Stelle sequenziell Zeile für Zeile lesen und direkt am Text Kategorien bilden.
6. Zuordnung oder Neubildung von weiteren Kategorien.
7. Kategoriensystem ggf. neu ordnen und mit der nächsten einschlägigen Textstelle fortfahren.
8. Das Kategoriensystem fixieren.“

(Kuckartz 2012, S. 64)

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde ein Kategoriensystem aus dem Material der Interviews mit den Patienten und ein Kategoriensystem aus dem Datenmaterial der Gruppendiskussionen entwickelt. Dabei folgte das Erkenntnisinteresse nicht dem primären Ziel der Generierung von artikulierbaren Ergebnissen, sondern der Entwicklung eines umfänglichen Verständnisses für die interpretative Arbeit an den Fällen und deren Auswertung mit der Transaktionsanalyse. Darin liegt somit auch die Methodenwahl der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse begründet. Die generierten Kategoriensysteme finden sich zur Ansicht im Anlage III.

5.3.3 Fragebogen

Diese quantitative, nicht-repräsentative Erhebung wurde entwickelt, zur Darstellung und Einordnung der Meinungen der Behandler gegenüber der Patientenberatung in den Gesamtkontext der vorliegenden Arbeit. Der Fokus liegt auf den ausgewerteten Häufigkeiten, da diese die Ausprägung der Antworten bezogen auf eine Frage darstellen, was eine Interpretation hinsichtlich der Forschungsfragen erlaubt. Dabei wurden die ausgewerteten Daten in Tabellen, Balken- und Tortendiagrammen und die offenen Fragen in Textform, also in Originalform, dargestellt. Die gesamte Auswertung wird im sich anschließenden Kapitel vorgestellt und befindet sich im Auswertungskapitel zur Ansicht. (Statista Lexikon 2024)

5.4 Transaktionsanalyse

„Die Transaktionsanalyse ist eine Theorie der menschlichen Persönlichkeit und zugleich eine Richtung der Psychotherapie, die darauf abzielt, sowohl die Entwicklung wie auch Veränderungen der Persönlichkeit zu fördern“ (Stewart und Joines 2007, S. 23)

In der hier vorliegenden Arbeit wird die Transaktionsanalyse als eine Methode verstanden das Verhalten von Individuen zu beobachten und zu beschreiben. Das bedeutet, die Transaktionsanalyse wird als solches um ihre therapeutische Herangehensweise beschnitten und nur zu analytischen Zwecken im Kontext von Beobachtung und Beschreibung angewendet. Die folgende Zitation verdeutlicht das gewählte Vorgehen.

„Unter dem Grundkonzept der Transaktionsanalyse verstehen wir Ideen und Modelle, mit denen Transaktionsanalytiker/innen Verhalten, Denken und Fühlen eines Menschen beschreiben, erklären und verstehen wollen. Ein solches Modell kann niemals die ganze Wirklichkeit erfassen oder erklären. Es ist lediglich ein Beschreibungsinstrument, das uns helfen kann zu verstehen, aber niemals die Wirklichkeit selber ist.“ (Hagehülsmann 2012, S. 25)

Berne 1970 argumentierte als Begründer der Transaktionsanalyse (TA) stets den integrativen Ansatz dieser Methode, welche in der Mitte des 20. Jahrhunderts durch ihn entwickelt wurde. Dabei lässt sich die TA nicht den Polaritäten anderer psychotherapeutischer Ansätze (Personen- oder Problemorientierung, systemische oder individualistische Ansätze, Kontinuumsfokussierungen wie Vergangenheit, Zukunft, Krankheit oder Gesundheit) zuordnen. Die Methode bietet einen Ansatz, um individuelle Problemlagen zu bearbeiten und Lösungen in Form von verändertem Verhalten zu integrieren. Dabei überschreitet die TA die Grenzen der Psychotherapie und hat somit auch Auswirkungen auf die Kommunikationstheorien. Mit dieser Erkenntnis hielt die TA seit 1970 Einzug in das Schulwesen, in die Personal- und Organisationsentwicklung in der sozialen Arbeit und in vielen weiteren Bereichen der menschlichen Zusammenarbeit und Kommunikation. (Nowak 2011; Stewart und Joines 2007)

5.4.1 Transaktionen – Strukturmodell – Funktionsmodell

Berne (1970) spricht im Detail davon, dass die Transaktion jegliche Form von sozialer Verbindung bezeichnet. Durch die Begegnung von Menschen in Form eines „Sozialaggregates“ (ebd., S. 32), also jene auch unbeabsichtigte, flüchtige Begegnung im Alltag, entsteht eine Wahrnehmung des anderen und daneben wird ggf. auch kommuniziert. Dieser erste Schritt der Begegnung bezeichnet Berne (1970) als „Transactional stimulus“. Erfolgt eine Reaktion durch das Gegenüber, wird dies als „Transactional response“, also die Reaktion, bezeichnet. Zur Analytik dieser Transaktionen erfolgt die Einordnung dieser in die jeweiligen Ich-Zustände der Personen. Das Ich-Zustands-Modell beschreibt das von Menschen gezeigte Verhalten, Denken und Fühlen zu einem bestimmten Zeitpunkt als Reaktion auf einen Stimulus. Dabei werden auf drei unterschiedlichen Ebenen die Ich-Zustände unterschieden – der

Erwachsenen-Ich-Zustand, der Eltern-Ich-Zustand und der Kind-Ich-Zustand. Dabei lässt sich der Erwachsenen-Ich-Zustand beschreiben als der

Persönlichkeitszustand, welcher sich im Hier und Jetzt darstellt und das Fühlen, Denken und Verhalten auf das bezieht, was ich im gegenwärtigen Zustand als Erwachsener als Reaktion zur Verfügung habe. Der Eltern-Ich-Zustand beschreibt jene Reaktion der Persönlichkeit, der sich auf das erlebte Verhalten, Fühlen und Denken der eigenen Eltern oder auch elterlichen einflussnehmenden Personen bezieht. Die Rückkehr in das kindliche Verhalten, Denken und/oder Fühlen beschreibt den Kind-Ich-Zustand. Abb. 16 visualisiert die vorab beschriebenen Ich-Zustände. (Berne 1970; Stewart und Joines 2007)

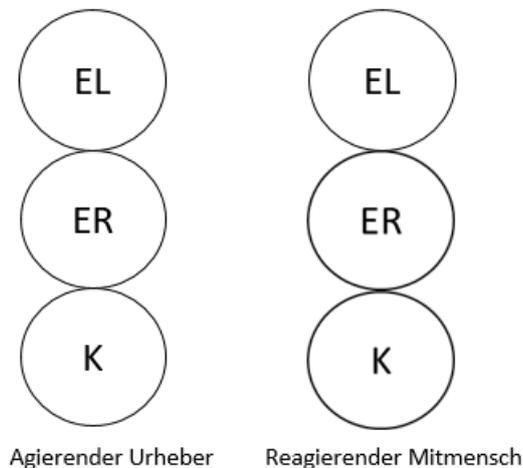


Abbildung 16: Ich-Zustandsmodell-Strukturmodell in Anlehnung an Berne (1970)
(eigene Darstellung)

Dieses von Berne (1970) als Strukturmodell gekennzeichnete Modell der Ich-Zustände geht in seinen Annahmen weiterhin davon aus, dass Verhalten, Fühlen und Denken in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Reaktion steht. Wird also deutlich, dass eine Person sich mit ihrer Gesamtheit an Verhalten, Fühlen und Denken im Kind-Ich-Zustand befindet, sei davon auszugehen, so Berne, dass auch die Reaktion in diesem Ich-Zustand erfolgen werde. Lassen sich im weiteren Reaktionsverlauf jedoch Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken identifizieren, welche den anderen Ich-Zuständen zuordenbar seien, so kann angenommen werden, dass sich eine Änderung der Verhaltensweisen einstellen könnte, da sich auch im Inneren die Gedanken und Gefühle im veränderten Ich-Zustand befänden. Strebt man nun die Analyse der Ich-Zustände im Strukturmodell an, können mithilfe der Grundabbildung (siehe Abb. 16) der Stimulus und die Reaktion wie folgt dargestellt werden.

Das Strukturmodell beschreibt somit das Innere einer Person. Schlegel (1993) bezeichnet dieses Modell auch als Herkunftsmodell und beschreibt damit, dass es das verinnerlichte Verhalten und dessen Anwendung im Äußeren darstellt. Stewart und Joines (2007) titulieren dies mit dem Ausdruck des „Inhaltes der Ich-Zustände“ (S. 47), welcher im Strukturmodell zum Ausdruck kommt.

Das Funktionsmodell (siehe Abb. 17) der Transaktionsanalyse ermöglicht hingegen, das beobachtbare Verhalten einer Person zu beschreiben. Dieses deskriptive Modell lässt also Aussagen dazu zu, wie eine Person sich zu einem bestimmten Zeitpunkt verhält. Stewart und Joines (2007) stellen zur Unterscheidung eine verständliche Gleichung auf: Das Strukturmodell beschreibt das „Was“, also den Inhalt, und das Funktionsmodell beschreibt das „Wie“, also den Prozess. Es wird deutlich, dass die Arbeit mit dem Strukturmodell nur Annahmen erzeugen kann und das Funktionsmodell beschreibbare Beobachtungen.

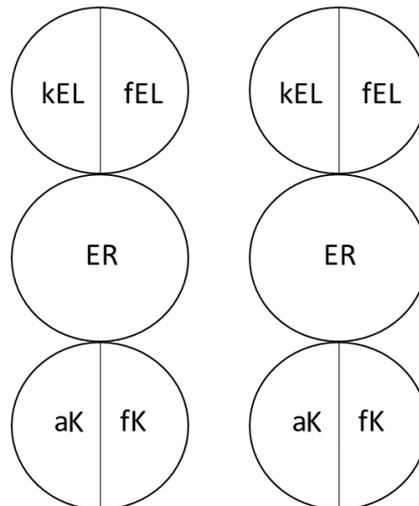


Abbildung 17: Funktionsmodell in Anlehnung an (Stewart und Joines 2007)
(eigene Darstellung)

Die Ich-Zustände im Kind-Ich werden als angepasst, frei und rebellisch bezeichnet. In der Kindheit passt das angepasste Kind sein Denken, Empfinden und Verhalten an das gewünschte Verhalten der Erwachsenen an, auch wenn es geneigt wäre, komplementäres Verhalten, Denken und Empfinden zu zeigen. Dieses Kind hat gelernt, dass es seine Interessen mit dieser Anpassung besser verfolgen und erreichen kann. Da ein Kind in der Regel verschiedene Bezugspersonen (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Freunde) in seinem Umfeld hat, werden die Anpassungsstrategien an die jeweiligen Personen und deren Ansprüchen angelehnt. Ein explizit kontroverses, rebellisches und aufständisches Verhalten, Denken und Empfinden, welches sich also gegensätzlich zu den Erwartungen des Umfeldes zeigt, sind auch in den Ich-Zustand des angepassten Kindes zuzuordnen, da die Gesamtheit des Ich-Zustandes zu betrachten ist, welche auch durch das Gegensätzliche geprägt ist. Als erwachsene Person begegnet dieser Ich-Zustand den Menschen also oftmals entsprechend ihren Erwartungen oder gibt sich rebellisch, um den Erwartungen nicht zu entsprechen. (Stewart und Joines 2007)

In aktuelleren Diskussionen wird das rebellische Kind auch als ein dritter Ich-Zustand im Kind-Ich angeführt. Der Diskurs geht aber in der Mehrheit davon aus, dass das rebellische Kind dem angepassten zuzuordnen ist, da es sein Verhalten beabsichtigt nicht an die elterlichen Erwartungen anpasst. Beide Darstellungen lassen sich somit in der Literatur finden, ohne

dabei gegensätzliche Positionen zu vertreten. (Schmale-Riedel 2022; Hagehülsmann 2012; Berne 1970)

Das freie Kind hingegen lehnt sich in keiner Weise an die elterlichen Regulierungen und Grenzen an, mehr noch werden diese vollständig ignoriert. Das Befolgen der eigenen Bedürfnisse steht im Vordergrund dieses Ich-Zustandes. Dabei lassen sich in diesem Verhalten sowohl positive als auch negative Aspekte feststellen. Das freie Ausleben von Gefühlen kann dazu beitragen, dass sich ein grundsätzlich zufriedenes Lebensgefühl einstellt und die physische und psychische Gesundheit damit unterstützt wird. Es kann aber auch innerhalb des gesellschaftlichen Normen- und Werterahmens dazu führen, dass das freie Verhalten und das Ausleben der Gefühle auf Grenzen innerhalb des sozialen Gefüges stößt und somit Ablehnung, Meidung und Ausgrenzung die Konsequenz sein kann, was wiederum negative Auswirkungen auf das Individuum und sein Leben ermöglicht. (Stewart und Joines 2007)

Das kritische und fürsorgliche Eltern-Ich kann in seinen Auswirkungen ebenfalls sowohl positiv als auch negativ betrachtet werden. Das positive kritische Eltern-Ich übernimmt eine schützende und fördernde Rolle dem Transaktionspartner gegenüber ein, ohne dabei – wie die negative Seite dieses Eltern-Ichs – Abwertung und Belehrung zu erzeugen. Das positiv fürsorgliche Eltern-Ich geht in seinem Verhalten noch über die Aspekte des Schutzes und der Förderung hinaus, indem es Respekt und Hilfe in den Mittelpunkt seines Verhaltens stellt. Eine negative Auswirkung in diesem Ich-Zustand ist die Hilfeposition mit der Haltung des Überlegenen und Darüberstehenden, was als Ergebnis die Handlungsbereitschaft des anderen infrage stellt. (Stewart und Joines 2007)

Das Erwachsenen-Ich in diesem Modell ist jenes, welches nicht durch die anderen Ich-Zustände beeinflusst und Entscheidungen im Hier und Jetzt ohne Trübung von Vorurteilen, Erfahrungen oder Einschätzungen trifft. Auch dieser Ich-Zustand unterliegt Gefühlen und Bedürfnissen, ist aber in der Lage, diese objektiv und situationsabhängig der Realität entsprechend anzuwenden. (Schmale-Riedel 2022)

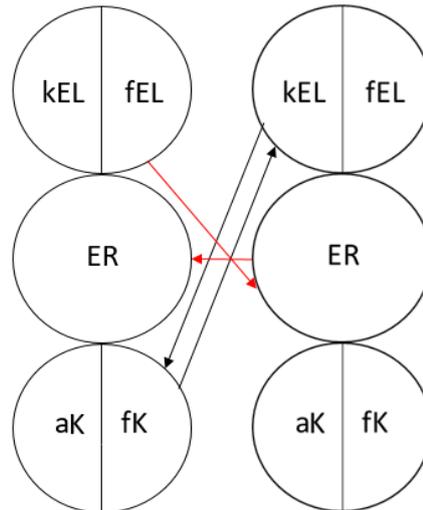


Abbildung 18: Ich-Zustands-Funktionsmodell mit Stimulus- und Reaktionsdarstellung in Anlehnung an Berne (1970) (eigene Darstellung)

Die hier abgebildete Transaktion (Abb. 18 – Schwarz) wird als *komplementäre Transaktion* bezeichnet, da der Stimulus und Reiz parallel verlaufen. Eine komplementäre Transaktion kann dabei auch auf allen anderen Ich-Zuständen geschehen (siehe Transaktion fK-EL/EL-fK). Transaktionen können aber überkreuz stattfinden. Diese „Überkreuz-Transaktionen“ (gekennzeichnet in Abbildung 16 durch rote Pfeile) begründen eine Vielzahl von zwischenmenschlichen Komplikationen, da hier Übertragungen¹⁶ der Auslöser sein können. Eine weitere Form ist die *verdeckten Transaktionen*, welche in der Regel eine offene und eine verdeckte Botschaft einer Person darstellen. Eine Reaktion ist dann ebenfalls in Form einer verdeckten Transaktion möglich. Dabei übermittelt die offene Transaktion einen sozial-inhaltlichen Aspekt und die verdeckte Botschaft einen in der Beziehung begründeten (psychologischen) Aspekt. Sowohl durch die agierende als auch durch die reagierende Person werden somit zwei Transaktionen durchgeführt. (Stewart und Joines 2007; Hagehülsmann 2012; Nowak 2011; Berne 1970)

Zusätzlich zu den aufgeführten Grundarten der Transaktionen existieren besondere Formen der Transaktionen. Dazu zählen die *Carom-Transaktion*, *Bulls-Eyes-Transaktion*, die *Galgentransaktion* und die *Tangentialtransaktion*. Dabei beschreibt die *Carom-Transaktion* eine indirekte Transaktion, die von einer zur anderen Person geäußert wird, sich aber

¹⁶ Die Übertragung lässt sich Tiedemann 2007 wie folgt definieren: „Übertragung bezieht sich ihrem Wesen nach weder auf Regression, Verschiebung, Projektion oder Verzerrung, sondern vielmehr auf die Assimilierung der analytischen Beziehung in die thematischen Strukturen der persönlichen, subjektiven Lebenswelt des Patienten. So verstanden ist Übertragung Ausdruck eines universellen seelischen Bestrebens, Erfahrungen zu organisieren und Bedeutungen herzustellen.“ Tiedemann 2007, S. 173

eigentlich auf eine weitere dritte und auch anwesende Person bezieht, welche auch auf den Stimulus der ersten Person reagiert. (Nierlich und Bollinger 2000)

Die *Bulls-Eye-Transaktion* findet statt, wenn aus der ER-Ich Funktion durch einen Stimulus alle drei Ich-Zustände des Gegenübers als Reaktion angesprochen werden. Diese umfangreiche Reaktion ist im Erwachsenen-Ich-Zustand begründet, bezieht aber gleichzeitig die anderen Ich-Zustände mit ein und diese werden angeregt, teilzunehmen. (Schlegel 1993; Woollams und Brown 1979)

Die *Galgentransaktion* ist eine Reaktion nach außen, welche selbstschädigendes Verhalten unterstreicht oder bestätigt. Oftmals wird diese Transaktion unterstrichen mit dem „Galgenlachen“. Dieses Lachen wird häufig mit eben solchem Lachen bestätigt, was wiederum den Urheber der Reaktion in seinem selbstschädigenden Verhalten bestätigt. (Schlegel 1993)

Die *Tangentialtransaktionen* sind in den Redefinitionstransaktionen untergeordnet und beziehen sich immer nur auf die Reaktion der reagierenden Person. Eine tangentielle Reaktion begründet sich den dem Antrieb, der tatsächlichen Antwort auf die eingehende Transaktion (Stimulus) auszuweichen. Dieses intuitive oder bewusste Ausweichen folgt dem Ziel der Redefinition, weil ein innerer Konflikt vorliegt oder eine unbewusste Begründung. Dass die tatsächliche Antwort auf den Stimulus vermieden werden soll, kann zu einer blockierenden Transaktion führen. Diese Blockade kann zum Abbruch der weiteren Kommunikation oder auch zum Einstieg in einen Konflikt führen. (Schlegel 1993; Stewart und Joines 2007)

5.4.2 Strokes – Grundeinstellungen – Spiele

Zum weiteren Grundverständnis der Transaktionsanalyse gehört die Betrachtung der Strokes und der Grundeinstellungen. Dabei wird unter Strokes die „Einheit der Anerkennung“ (Stewart und Joines 2007, S. 116) verstanden, welche sich Menschen zuteilwerden lassen. Berne (1970, zitiert nach Stewart und Joines 2007, S. 116 bezeichnet dies auch als „Stimulus-Hunger“, der sich in jedem Menschen durch den ersten Kontakt mit der Mutter bildet, welche in ihrer Verbindung zum Kind eine die Bedürfnisse stetig anerkennt oder durch Ablehnung der kindlichen Reize dieses Verhaltens anerkennt. Im Erwachsen von Menschen wird dieser auch als „Reiz-Hunger“ (Berne 1970, S.14) beschriebene Prozess in andere Verhaltensmuster umgewandelt und im Kontakt zu anderen Individuen gesucht. Dabei benutzt Berne das Wort Stroke und bedient dabei sowohl die Reaktion als auch die Ablehnung eines Reizes, da ins Deutsche übersetzt die Bedeutung des Wortes sowohl Streicheln (to stroke¹⁷) als auch der Schlag (stroke) bedeutet und damit sowohl einen positiven als auch einen negativen Deutungsraum zulässt. Neben dem physischen intimen Streicheln lassen sich hiermit auch alle Verhaltensweisen der Anerkennung zwischen Individuen beschreiben. Berne (1970, S. 15)

¹⁷ Eigene Übersetzung durch: <https://dict.leo.org/englisch-deutsch/Stroke>; Abgerufen am 23.01.2024.

konstatiert dazu: „In diesem Sinne stellt wechselseitiges Streicheln eine Transaktion dar, die die Grundeinheit aller sozialen Verbindungen ist.“

Strokes können unterteilt werden in verbale/nonverbale Strokes, positive/negative Strokes, bedingte/bedingungslose Strokes. Die verbalen/nonverbalen Strokes können z. B. durch ein Lächeln (nonverbal) und einen Austausch von Worten stattfinden (verbal). Ein positiver Stroke löst beim empfangenden Individuum eine positive Emotion aus. Allerdings kann er negative Auswirkungen beim Individuum erzeugen, wenn er auf der einen Seite negativ gemeint und auf der anderen Seite negativ aufgenommen wird. Die positiven und negativen Strokes können sowohl verbal als auch nonverbal stattfinden. Bedingte Strokes beziehen sich auf das Tun und Handeln einer Person, bedingungslose Strokes beziehen sich auf das Dasein einer Person und die damit verbundenen Eigenschaften. In ihrer Logik tragen Strokes dazu bei, dass das Verhalten von Menschen in Verhaltensmuster überführt und damit verstärkt wird. Wenn Individuen also von ihrer frühesten Kindheit an immer wieder eine Bestätigung ihres Verhaltens durch Strokes erfahren haben, werden sie dieses Verhalten in Muster überführen. Gelingt es ihnen nicht, ausreichend positive Strokes zu erzeugen, erzeugen sie durch ihr Verhalten negative Strokes, welche dann wiederum die Verhaltensmuster prägen. (Berne 1970; Stewart und Joines 2007)

Die Grundeinstellungen der transaktionsanalytischen Theorie beschreibt die Position, die das Individuum sich selbst gegenüber oder auch anderen gegenüber einnimmt, aufgrund von gebildeten Verhaltensmustern und Erfahrungen. Besonders in herausfordernden Situationen werden diese vier Positionen sichtbar. (Berne und Hagehülsmann 2005)

1. Ich bin okay. Du bist okay.

Individuen mit dieser Grundeinstellung begegnen ihrem Gegenüber mit Respekt und gehen von gleichen Rechten, Pflichten und Bedürfnissen aus. Diese Einstellung schließt auch das Annehmen des anderen in seinem vollständigen Dasein mit ein, auch wenn dieses sich ggf. von dem eigenen vollkommen unterscheidet. Die oftmals angestellte gesellschaftliche Norm, sich selbst hintenanzustellen, entspricht nicht dieser Grundeinstellung, da das eigene Individuum an erster Stelle genannt wird und somit der Respekt dem eigenen Individuum gegenüber deutlich gemacht wird. Es entsteht kein Gefälle in der gegenüberstellenden Betrachtung, da sich niemand in seiner Persönlichkeit zurücknehmen muss. Diese Grundeinstellung bietet keinen Einstieg in einen Konflikt, sondern ein grundsätzliches Verständnis für lösungsorientiertes Handeln.

2. Ich bin okay. Du bist nicht okay.

Diese überlegende Grundeinstellung kann sich auf der einen Seite durch Abwertung des Gegenübers kenntlich machen, aber auch durch eine überfürsorgliche Hilfebeziehung, welche ebenfalls den asymmetrischen Charakter dieser Grundposition deutlich macht. Diese Einstellung agiert in den häufigsten Fällen aus dem kritischen/fürsorglichem Eltern-Ich heraus, ist aber in seiner eigenen überheblichen Position angreifbar und zu Machtkämpfen bereit.

Dabei kann die Annahme geäußert werden, dass eigene Verdeckungsmechanismen diese Grundeinstellung beeinflussen und Verletzlichkeit oder andere Emotionen nicht sichtbar gemacht werden sollen.

3. Ich bin nicht okay. Du bist okay.

Diese sich selbst abwertende Grundeinstellung sieht das Problem in der Regel eher bei sich selbst als in den umgebenden Systemen und unterliegt einem Minderwertigkeitsempfinden. Es ist eine Einstellung, welche einen Platz im Leben gefunden hat, allerdings zu Weiterentwicklung und Lösungsorientierung meist keinen Zugang hat und an einer Stelle verharrt. In herausfordernden Situationen wird die Grundeinstellung aber sichtbar, welche häufig im überangepassten Kind zu beschreiben ist.

4. Ich bin nicht okay. Du bist nicht okay.

Verzweiflung und Sinnlosigkeit äußern sich in dieser Grundeinstellung nicht nur im eigenen Sein, sondern auch in dem der anderen. Diese Einstellung versucht, unauffällig in der Welt zu agieren. Unter Druck zeigen sich aber schnell die verzweifelten Tendenzen.

Diese vier Grundeinstellungen konstituieren sich in den frühen Kindheitsjahren, sind aber nicht für die Lebensdauer eines Individuums gesetzt. Eine Entwicklung hin zu einer nicht blockierenden Grundeinstellung ist möglich. Dennoch ist eine Rückkehr in die blockierende Grundeinstellung besonders in herausfordernden Situationen ein vorstellbares Szenarium. (Hagehülsmann 2012)

Zum Abschluss dargelegten theoretischen Aspekte der Transaktionsanalyse sollen die psychologischen Spiele betrachtet werden, da diese einen wesentlichen Bestandteil der sozialen Transaktionen ausmachen.

Das Wort Spiel suggeriert in diesem Kontext vielleicht eine Art vergnügliches und freudiges Miteinander, was keinesfalls so gemeint ist. Vielmehr bezieht sich diese Terminologie auf die immer wiederkehrende und immer gleich ablaufende Folge bestimmter Transaktionen. Im Folgenden werden die grundsätzlichen Gemeinsamkeiten in Anlehnung an Stewart und Joines (2007, S. 334) vorgestellt.

„1. Spiele laufen immer wieder gleich ab

2. Beim Spielen bleibt das Erwachsenen-Ich ausgeschaltet, es läuft unbewusst ab

3. Am Ende eines Spiels erleben die Spieler immer Maschengefühle¹⁸

¹⁸ Stewart und Joines 2007, S. 300 definieren Maschengefühle wie folgt: „[...] ein Maschengefühl [stellt] eine vertraute Emotion [dar], die in der Kindheit erlernte und geförderte wurde, die in vielen Stresssituationen erlebt wird, und deren Ausdruck als Mittel zur Problemlösung für den Erwachsenen eine Fehlanpassung bedeutet.“

4. Spiele bringen eine Folge von verdeckten Transaktionen zwischen den Spielern mit sich
5. Zu einem Spiel gehört immer ein Augenblick der Überraschung oder Verwirrung“

Berne (1970, S. 61) ordnet Spiele als Sozialkontakt in die Thematik der Sozialdynamik ein. Spiel entsteht somit in wechselseitiger Kommunikation und kann als Sozialaggregat bezeichnet werden. Das Zusammentreffen von Menschen in einem Sozialraum ohne wechselseitige Kommunikation entspricht also keinem Sozialaggregat. Stewart und Joines (2007, S. 337) konstatieren weiterhin, dass Spiele einem immer wiederkehrenden Ablauf folgen, welcher wie folgt darstellbar ist:

Attraktive Falle + (Mit-)Spielinteresse = harmlose Reaktion > Rollenwechsel > Moment der Perplexität > Auszahlung

Zur Analyse von Spielen entwickelte Karpman (1968) das Drama-Dreieck, welches die Teilhaber eines Spiels in die Rollen Verfolger, Retter und Opfer unterteilt. Dabei bezeichnet er den Verfolger als denjenigen, welcher andere Personen von oben herab und abfällig gegenübertritt (discounted¹⁹). Im Sinne der Grundeinstellung empfindet der Verfolger die anderen nicht als okay. Der Retter hingegen bietet der überlegenen Person aus einer ebenfalls darüberstehenden Haltung Hilfe an, unter der Annahme, dass diese nicht in der Lage sind sich selbst zu helfen. Auch der Retter argumentiert aus der Grundeinstellung heraus, dass die anderen nicht okay sind. Das Opfer empfindet seine Haltung aus der Grundeinstellung heraus, dass es nicht okay sei und einer nicht zu bewältigenden Situation gegenüberstünde. Das Opfer sucht nach Anlehnung beim Retter, welcher ihm hilft, die Situation zu bewältigen und die eigene Grundeinstellung bestätigt, oder beim Verfolger, welcher ihn discounted und das Opfer

Weiterhin konstatieren Stewart und Joines, dass „eine Masche definieren wir als eine Gesamtheit skriptgebundener Verhaltensweisen, die, ohne bewußt zu werden, eingesetzt wird als Mittel zur Manipulation der Umgebung, und die mit sich bringt, daß der Betreffende ein Maschengefühl erlebt“. (Stewart und Joines 2007, S. 300)

Unter „Skript/Lebensskript“ versteht Schmale-Riedel: „das Lebensskript [als] einen ‚fortlaufenden Plan‘, der sich unter dem starkem elterlichen Einfluss herausgebildet hat. Eltern und wichtige Bezugspersonen geben dem Kind, wer es ist und wie es ist (Zuschreibung), und die Art sagt ihm, was es tun soll und was, bzw. was es nicht fühlen soll (Einschärfung und Antreiber) [...] Skriptbeeinflussend sind nicht nur einmalige Erlebnisse, sondern vor allem auch wiederkehrende kleine Enttäuschungen und Abwertungen“. (Berne 1970, zitiert nach Schmale-Riedel 2022, S. 31)

¹⁹ Stewart und Joines definieren dicounten als „unbewußte Informationen nicht zur Kenntnis nehmen, die für die Lösung eines Problems relevant sind.“ Dabei führen sie weiterhin zur Erläuterung an, dass „ein Aspekt der Situation durch das Discounten ausgelöscht, verwischt oder in seinen Ausmaßen verringert wird, so wie ein anderer durch Grandiosität übermäßig aufgebläht.“ (Stewart und Joines 2007, S. 252 ff.)

sich damit wieder in seiner Grundeinstellung bestätigt sieht. Alle drei Rollen discounten die anderen, der Verfolger die Werte des Menschen, der Retter die Fähigkeiten und das Opfer sich selbst. (Karpman 1968; Berne 1970; Stewart und Joines 2007)

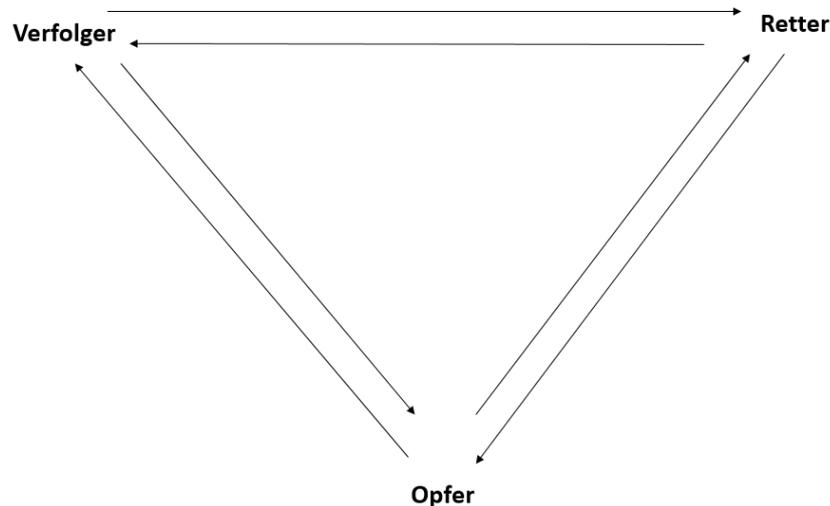


Abbildung 19: Das Drama-Dreieck in Anlehnung an Karpman (1968)
(eigene Darstellung)

Berne (1970) definiert das Spiel selbst in seinen Ausführungen nur unklar. Er konstatiert, dass der Ursprung von Spielen in der Kindheit zu determinieren sei, da in dieser Zeit sich Rituale, Verfahren, Zeitstrukturierungen und Positionen herausbilden, welche das spätere Handeln und auch die Interaktionen bestimmen werden. Der Prozess des Spieles hingegen wird wie folgt beschrieben: „Ein Spiel besteht aus einer fortlaufenden Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem ganz bestimmten, voraussagebaren Ergebnis führen. Es lässt sich auch beschreiben, als eine periodisch wiederkehrende Folge sich häufig wiederholender Transaktionen, äußerlich scheinbar plausibel, dabei aber von verborgenen Motiven beherrscht [...]“. (Berne 1970, S. 57)

Spiele ermöglichen das Aufzeigen und Erkennen von Interaktionen, welche dem scheinbar oberflächlichen Charakter nicht gerecht werden. Sie spiegeln das Verhaltensmuster wider, welches auch irreversible Auswirkungen haben kann. Die Analyse der Interaktionen innerhalb der Spiele, auch mithilfe des Drama-Dreiecks, ermöglichen das Sichtbarmachen von Kommunikationsmustern und der dahinterliegenden Bedürfnisse der Interaktionspartner. (Berne 1970; Karpman 1968)

5.4.3 Zusammenfassende Betrachtung der Theorie der Transaktionsanalyse

Das in der Psychotherapie begründete Verfahren umfasst eine umfangreiche Theorie, welche in dieser Ausführung einer notwendigen Reduzierung unterzogen wurde und somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Betrachtet wurden jene Aspekte, welche zur

Datenauswertung in der vorliegenden Forschungsarbeit benötigt wurden, und einige Aspekte darüber hinaus, die dazu dienen, das Grundkonzept dieser Theorie darstellen zu können.

Die Transaktionsanalyse ist im therapeutischen Gebiet in ihrer Wirksamkeit vielfach bestätigt, wie es auch die Studien von Nowak (2011) und Elbing et al. (2015) belegen. Im Konfliktmanagement und somit auch der Mediation wird diese Theorie verwendet. Zum Einsatz als Methode in der qualitativen Sozialforschung ist wenig bekannt.

Die hier durchgeführte Anwendung der Transaktionsanalyse bezogen auf die extrahierten Fälle (n=48) entspricht zwar keinem therapeutischen Blickwinkel, erzeugt aber dennoch Ergebnisse hinsichtlich der Abbildung von Deutungsmustern, latenten Bedeutungen und Strukturen. Dabei kann, bezogen auf die theoretische Herleitung, die Verbindung zwischen Sprache, Beziehung und Transaktion herangezogen werden, um die gewählte Methode zu legitimieren. Verstehen wir Sprache nach Krämer (2019), als ein Medium, was die individuellen Wahrheiten sichtbar macht und Diskurs und Konsens erzeugt, was weiterhin dazu beiträgt Vernunft zu erzeugen, so verstehen wir Sprache auch als Medium zur Herstellung von Beziehung durch Transaktionen (einzelne Einheit) und Interaktionen (wechselseitigen Austausch). Dabei wird durch Buber (1999, 2021) die Entstehung dieser Dyade zwischen zwei Individuen als Beziehung beschrieben, welche durch die Aspekte der Gegenseitigkeit, des Innewerdens, Verantwortung und Hinwendung (um nur einige zu nennen) zu definieren ist. Die Transaktionsanalyse ermöglicht es, durch die Analyse der Sprache (Transaktion) die Beziehung (Verbindung) deutlich zu machen und das durch Wechselseitigkeit erzeugte Ergebnis sichtbar zu machen. Durch diese Analyse können die individuellen Fälle vergleichbar ausgewertet und gegenübergestellt werden. Diese theoretisch hergeleitete Strategie bestätigte sich ebenfalls in der Anwendung der Analyse, was innerhalb der Analyse als zusätzliche Verifizierung des gewählten Vorgehens verstanden wurde.

Die Fälle wurden weiterhin hinsichtlich der zu erkennenden Transaktionen und dem Bedeutungszusammenhang zwischen Berater und Klienten aus der Patientenberatung analysiert. Mithilfe eines entwickelten Prozessmodells wurden diese Transaktionen dargestellt, beschrieben und Annahmen hinsichtlich der Interaktionslogik sowie der Situations-Resonanz und der Situations-Resilienz beschrieben. Die Abb. 20 stellt das angesprochene Prozessmodell vor.

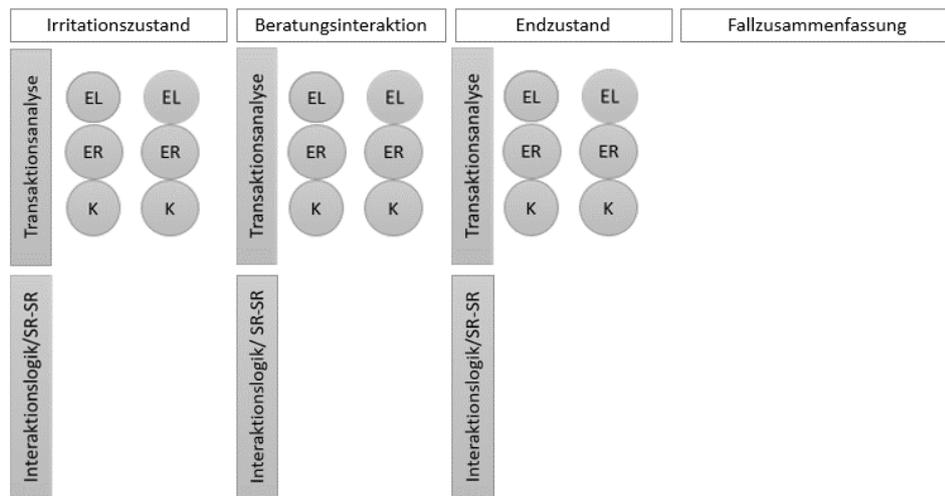


Abbildung 20: Darstellung des zur Fallanalytik entwickelten Prozessmodells (eigene Darstellung)

Das Prozessmodell stellt dabei den gesamten Beratungsverlauf dar. Beginnend mit dem Anlass der Beratung startet der Patient eine Transaktion und ggf. reagiert der Berater bereits bei der Irritationsbeschreibung darauf, was dann zur Beratungsinteraktion zwischen den Beteiligten führt. Der Endzustand bildet dann ab, wie die Gesprächspartner das Beratungssetting verlassen. Unter dem Bereich „Transaktionsanalytisch Prozessdarstellung“ werden die Fälle in paraphrasierter und bereinigter Version aus der Transkription (siehe Anlage IV) vorgestellt. Darunter finden sich in Spiegelstrichen die Zuordnung zu den in dem jeweiligen Fall angesprochen Kategorien aus dem Kategoriensystem. Dies stellte eine zusätzliche Validierungsschleife der Kategorien dar, welche im Kategoriensystem entwickelt wurden. Würden hier neue Kategorien sichtbar werden, würden diese aufgenommen und vermerkt. Im unteren Bereich des Prozessmodells werden Annahmen hinsichtlich der Resonanz und Resilienz des Patienten vermerkt, welche auf den theoretischen Bezügen der vorliegenden Arbeit abgeleitet wurden. Darunter werden Annahmen hinsichtlich der Interaktionslogiken vermerkt, welche sich ebenfalls auf die theoretische Herleitung beziehen.

Daraufhin wurden Gruppen zusammengeführt, welche in ihren Ergebnissen Ähnlichkeiten aufweisen. Diese Ergebnisse wurden einer Validierungsschleife unterzogen, indem sie mit einer Expertin der „Deutschen Gesellschaft für Transaktionsanalyse“ reflektiert wurden. Im Erkenntnisinteresse stand in dieser Forschungsarbeit nicht die Durchführung der Beratung aus Sicht des Beraters oder aus Sicht der angewendeten Methodik der Berater. Im Kern der Erkenntnis und im Hinblick auf die Forschungsfragen galt es, ein Verständnis dahingehend zu entwickeln, welche Veränderungen im Beratungsprozess bezogen auf den Klienten und auch die beteiligten Systeme konstatiert werden und welche Bedeutsamkeiten dadurch beschrieben werden können.

5.5 Ergebnisdarstellung

5.5.1 Gruppendiskussion

Das Datenmaterial der Gruppendiskussionen, welche von 2013 bis 2020 erhoben wurde, wurde nach der Transkription einer induktiven inhaltlich-strukturierenden Analyse mithilfe der Software Maxqda unterzogen. Als Ergebnis lässt sich sowohl ein Kategoriensystem als auch die Fallanalytik konstatieren. Wie bereits im Auswertungskapitel vorgestellt, wurde das Kategoriensystem aus einem sekundären Erkenntnisinteresse entwickelt, um ein umfängliches Verständnis für die Patientenberatung zu entwickeln und somit die Betrachtung der analysierten Fälle einerseits valide, reliabel und objektiv und andererseits die Ergebnisse intersubjektiv und transparent zu prüfen und vorzustellen.

5.5.2 Kategoriensystem

Neben der Fallsammlung setzt sich das Kategoriensystem aus vier Hauptkategorien zusammen. Das Kategoriensystem setzt sich aus n=3725 Segmenten zusammen, welche auch einer mehrfachen Kodierung unterliegen können.

1. Setting und Moderation
2. Inhaltsbeschreibung & -kriterien
3. Interaktionsbeschreibung & -kriterien
4. Evaluations- & Qualitätskriterien²⁰

Die erste Kategorie „Setting und Moderation“ setzt sich zusammen aus allen Codes, welche sich auf die Umsetzung, Durchführung und Auswertung der Gruppendiskussion beziehen. Dabei weist diese Kategorie Codes auf bezogen auf die Leitfragen der Gruppendiskussionen, Segmente, welche sich auf Begrüßungen und Verabschiedungen beziehen, sowie Rückfragen und Moderatorenfragen. Eine umfangreiche Subkategorie stellt auch die Kategorie der „Inhaltslosen Wortmeldung“ dar, welche sich durch jene Textstellen darstellt, die besonders auf die Lenkung durch die Moderation zurückgehen z. B. „Vielen Dank“, „Möchten Sie gerne übernehmen?“, „Wenn ich Sie bitten darf“. Weiterhin findet sich in den Subkategorien die Kategorien „Zoom“ und „Technische Instruktion/Probleme“. Diese Subkategorien begründen sich in der Durchführung der letzten Gruppendiskussion im Jahre 2020. Seit Januar 2020 breitete sich weltweit die COVID-19 Pandemie aus. Durch die Einschränkungen der sozialen Kontakte auf ein Minimum wurden diese Diskussionen mithilfe der Videokonferenzanwendung „Zoom“ durchgeführt. Das bedeutet, dass alle Teilnehmenden online an der Gruppendiskussion teilgenommen haben.

Im Folgenden werden die drei Hauptkategorien mit ihren Inhalten vorgestellt. Zusätzlich werden Beispielsegmente aus diesen Kategorien angeführt, um einen Einblick in die

²⁰ Die Abbildung des gesamten Kategoriensystems würde an dieser Stelle zu viel Platz einnehmen. Das vollständige Kategoriensystem ist dem Anlage III zu entnehmen.

Gruppendiskussionen und den thematischen Kontext selbst herzustellen. Die Darstellung des gesamten Kategorienbaums und deren Inhalt können dem digitalen Anlage III entnommen werden.

Die zweite Kategorie „Inhaltsbeschreibung & -kriterien“ setzt sich zusammen aus sechs Subkategorien, welche wiederum Subkategorien aufweisen. Die erste Stufe der Subkategorien setzt sich wie folgt zusammen:

Themen, Entwicklungstendenzen, Systemische Rahmung, Merkmale der Patientenberatung, Beratungsverlauf und Setting der Patientenberatung.

Die Subkategorien „Themen“ beinhaltet die Aussagen der Teilnehmenden bezüglich der Themen, mit denen diese die Patientenberatung aufsuchen. Die Subkategorie weist weiterhin noch sieben Sub-Subkategorien und drei Sub-Sub-Subkategorien auf.**21**

„also die möchten aufgeklärt werden, die möchten VERSTEHEN, was gemacht wird, (-) über alle Möglichkeiten aufgeklärt werden. Gleichzeitig sind sie aber auch MISStrauisch und ähm, ja, achten natürlich auch auf ihr GELD. Heutzutage, gerade mit dem Internet, ich kann alles nachgucken, überall wird ja immer gesagt, ich bin auf der gleichen Stufe mit dem Behandler und traut euch, auch alles zu fragen. Und das sind also aus meiner Sicht eben so die, die Kernpunkte, ne, dass eben Auf/ eine Aufklärung, Vertrauen //da ist.//“ (OvGU_GD_I_18/Segment 422)

„ein Problem haben wir natürlich die ganz gewitzten kommen dann mit Dr. Google //ja// und dann wird's ganz eng also ich hatte einen Patienten der wusste über Endo mehr Bescheid als ich jemals gelesen hatte war ein Traum das einzige was er nicht verstanden hatte wenn man das alles machen wollte dann muss man den Zahn erstmal eröffnen und da reinkommen das wollte er nicht (2) da haben wir uns dann ein bisschen im Kreis gedreht also er war wirklich belesen also das aber die Grundvoraussetzungen die Basics die hat er nicht kapiert also das wollte er nicht ich sag ja soll ich das reinbeten oder wie haben Sie sich das vorgestellt also äh das könnten wir jetzt noch nicht das müssten also schon so und so gemacht werden aber (.) das stand da nicht drin weil das war bei Dr. Google vorausgesetzt diese Sachen das hat er nicht gelesen dass=“ (OvGU_GD_I_19/Segment 293)

„...und zwar ist das die Gewährung von notwendigen medizinisch notwendigen Maßnahmen durch den Zahnarzt und //okay// das hat aber auch was mit den Berufspflichten dann zu tun mit der Aufklärung also da kommen

21 Grundsätzlich ist es bei der Vorstellung der Inhalte nicht möglich, alle Subkategorien separat vorzustellen, welche für die jeweilige Kategorie wirksam werden. Dies ist nicht sinnvoll für das Verstehen des Inhaltes und würde den Umfang dieser Arbeit überschreiten.

so Themen wie gibt's die Wurzelbehandlung nicht mehr als Kassenleistung ((Zustimmung)) immer nur mit Zuzahlung oder KFO (2) ähm (.) Füllungstherapie ((Zustimmung)) genau und das hat oft was mit der Aufklärung auch zu tun wenn die besser funktionieren würde ähm dann wä- also wären weniger Gespräche darüber das glaube ich also wenn die in der (.) Praxis (.) besser funktionieren würde die Aufklärung" (OvGU_GD_I_19/Segment 193)

„...genau. ja? also die machen es nicht, um das schon sozusagen zu verunmöglichen, und da bin ich natürlich froh, wenn die Patienten rechtzeitig anrufen um zu sagen, ‚okay, da gibt=es noch, es kann weitergehen,‘ ob es Sinn macht oder nicht, kann man ja dann eruieren, aber ich möchte die Hand draufhaben. ich will gar nicht, dass die Krankenkassen so viel beraten und vielleicht auch noch schlecht beraten. weil sie das gar nicht können, die sind auch überfordert mit ihrem ganzen die haben Druck, die müssen da alles zack zack zack machen, und dann sollen die noch am Telefon=eine adäquate Antwort geben?“ (OvGU_GD_II_19/Segment 64)

„Nee. Wir haben so das Gefühl, manche reiten so auf der Welle, so nach dem Motto: Ich lasse mir das machen und dann komme ich: ‚Ich bin nicht aufgeklärt worden.‘ Und wenn die, wenn die Praxen dann NIX Schriftliches haben, (-) das war es dann.“ (OvGU_GD_II_18/Segment 92)

Deutlich wird in dieser Kategorie, dass die Themen, die an die Beratungseinrichtungen herangezogen werden, aus drei unterschiedlichen Richtungen die Entstehung der Irritation beeinflussen. Dabei handelt es sich einerseits um eine Irritation aus der Behandlungssituation heraus durch fehlende und/oder unzureichende Aufklärung, aber auch durch die Belastungssituation des Patienten, die ein aktives Zuhören nicht möglich macht. Der aus einer Irritation entstehende Beratungsbedarf trifft wiederum auf eine Vielzahl von Beratungsanbietern (Behandler, Internet, Krankenkassen, Beratungen, Erfahrungsspektrum im eigenen Sozialraum), welche auch bei der Bezuschussung ausschlaggebend sind, aber dennoch unzureichend beratend. Auch die Patienten können einen Einfluss auf die Irritation in der Situation haben, wenn diese mutwillig einen Missstand innerhalb der Behandlung anführen, um einen (wirtschaftlichen) Vorteile erlangen zu können.

Die sich anschließende Subkategorie in der Kategorie „Inhaltsbeschreibung & -kriterien“ ist die Thematik der „Entwicklungstendenzen“. Darüber hinaus setzt sich diese Subkategorie zusammen aus elf Sub-Subkategorien, bei denen eine genaue thematische Zuordnung der möglich war. Grundsätzlich beschäftigt sich diese Subkategorie mit den Aussagen der Teilnehmenden hinsichtlich der Trends und Transformationen, die von diesen bezogen auf die Patienten, die Behandler und die Berater wahrgenommen werden.

„Ergänzend zu dem, was hier gesagt wurde, vielleicht mal noch aus Patientensicht, ist mir aufgefallen, a) dass wir auch ein neues Klientel von Patienten haben. Also wir haben zum Beispiel das Klientel

der Schnäppchenjäger, die also kommen, um äh wirklich zu erfahren, w/ wo kann ich jetzt Kosten sparen? Die in Internetportalen sich also schon mindestens fünf verschiedene Heil- und Kostenpläne erstellen haben lassen und dann wollen, wollen sie wissen, also wo/ Oder die Polengänger, ne, also die über Polen, das ist ja in Brandenburg (-) speziell auch der Fall. Und das zweite Klientel sind zunehmend Patienten mit psychischen Problemen. Das muss man sehen. Also die wir auch zunehmend mehr haben, die wir also so vor fünf, sechs Jahren eben NICHT hatten, die einfach(-) auch von Zahnarzt zu Zahnarzt rennen, (-) sich dort auch Kostenangebote machen lassen, aber das auch gar nicht verstehen wollen. Also die sich AUCH bezogen auf HILFE, die ihnen von den Zahnärzten angeboten werden, nicht einlassen. Also das muss man jetzt nur ergänzend zu diesen Problemen auch noch mit so sehen. Alles andere kann ich nur bestätigen, was hier gesagt (Lacht.) worden ist, die Probleme sind wahrscheinlich überall die gleichen. Die jungen Wilden sind bei uns auch zugange. //(Lacht.)//“ (OvGU_GD_I_18/Segment 58)

„Also bei, bei uns eigentlich, WAS ja, was was GANZ gut läuft, es gibt ja jetzt seit (-) 2014 sogenannte Kooperationsverträge mit Pflegeheimen. Wo Zahnärzte also mit dem Heim einen Vertrag abschließen und so alle Patienten zustimmen. Weil wir haben immer noch eine freie Arztwahl in Deutschland. Der Zahnarzt dann vor ORT die Patienten UNTERSUCHT. (-) Behandeln, da haben Sie Recht, geht nur in sehr (-) eingeschränktem Maße, aber wir haben ja auch kassenrechtlich die Möglichkeit, dass dann Transportscheine ausgestellt werden, dass der Patient dann in die Praxis kommt. Und auch DAS ist ja jetzt gerade zum 01. Juli 2018 erweitert worden, dass also die Hausbesuche (-) ERWEITERT wurden, dass es jetzt nicht nur für Pat/ also PFLEGEHEIME gilt, sondern auch für Patienten mit Behinderung gilt, dass da also auch ein Stück weit mehr äh der Zahnarzt auch wirtschaftlich abgesichert ist, gar keine Frage. Weil umsonst machen, kann man auch nicht alles. von DAHER ist das bei uns eigentlich kein so ein großes Problem. Und, ja, wir pflegen AUCH diese äh, äh Liste mit den Praxen, die barrierefrei frei sind. Wobei das ja eine Selbstauskunft ist. Da müssen wir uns jetzt auch nichts vormachen. Was barrierefrei IST, da ich gerade bei uns im Land in der Arbeitsgruppe bin, um die Praxen noch barrierefreier zu machen, bin ich, gehe ich jede Wette ein, dass wir vielleicht 1 Prozent BARRIEREfreie Praxen haben. Ansonsten haben wir barriereARME Praxen, da bin ich relativ sicher. (-) Ähm aber da wollen wir ja jetzt auch mit dem Ministerium dran arbeiten. Aber das läuft bei uns eigentlich auch relativ geräuschlos.“ (OvGU_GD_II_18/Segment 309)

„Und da, denke ich häufig, dass da eben auch viel, (-) ähm ja, Handlungsbedarf ist, dass eben diese ganzen Leistungen, Beratungsleistungen für Ältere, für Kinder, mit der Narkose, mit den Behinderten, dass da ganz viel auch geschaffen werden muss oder dass einfach auch nach außen gesagt wird, es gibt eine GRUNDversorgung, und wenn ich darüber hinaus eben was Besseres, was Gutes, da hat sich ja in den letzten

zwanzig oder auch dreißig Jahren unglaublich viel getan in der Zahnmedizin. Und wenn ich dann eine bessere Versorgung, vielleicht noch nicht mal die beste, aber eine bessere Versorgung von dieser Grundversorgung haben will, dann muss ich das eben TRAGEN. Und dieses wird meines Erachtens auch nach außen nicht so DEUTLICH. So dass sich (S2: Ich würde/) daraus dieser Behandlungs/oder Beratungsbedarf auch immer massiv ergibt, aus Unverständnis vieler Patienten einfach auch.“ (OvGU_GD_I_18/Segment 348)

„Aber es gibt halt, (-) ich fürchte, tatsächlich zunehmend, (-) alle kennen die Diskussion mit MVZ-Zulassung und ausländischen Investoren und so weiter und so fort. Es gibt halt zunehmend auch das GEFÜHL, dass es äh Praxiskonstellationen gibt, die überwiegend betriebswirtschaftlich getrieben SIND. Und wo dieses Arzt-Patienten-Verhältnis: ,Du gehörst zu meinem Patientenstamm, ich kümmerge mich, ich sage mal, das ganze LEBEN um dich und warte auch noch, bis deine Kinder ähm zu mir kommen und so weiter und so fort', dass das (-) häufig so ein bisschen in den Hintergrund tritt.“ (OvGU_GD_I_18/Segment 10)

Diese Textsegmente machen die multiplen Veränderungen deutlich, die allen Beteiligten im Behandlungsprozess und die angrenzenden Systeme betreffen. Eine Irritation in der APB wird sowohl durch das gesteigerte wirtschaftliche Interesse durch den Patienten oder die Praxis selbst erzeugt. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Behandlung dahingehend, dass eher ein kostenminimierendes Entscheiden hinsichtlich der Behandlung erfolgt, oder sogar eine Behandlung außerhalb des deutschen Gesundheitssystems avisiert wird. Dies wiederum hat bei einer etwaigen Anschlussbehandlung in Deutschland Auswirkungen auf die Möglichkeiten und die nicht vorhandene Gewährleistung auf die vorab durchgeführte Behandlung. Das vermehrte Aufkommen von MVZ hat ebenfalls Auswirkungen auf die APB. Da in diesen Praxen das wirtschaftliche Interesse vermehrt im Fokus steht und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weniger eine Rolle spielt, nimmt hier die Beziehung zwischen den Beteiligten der Behandlung ein völlig neues Spektrum ein. In diesem Konstrukt findet die Behandlung in einem Dienstleistungsverhältnis statt, was eine Veränderung dieser Beziehung vermuten lässt. Eine weitere konstatierte Veränderung ist die zunehmende Behandlung von älteren oder beeinträchtigten Menschen. Die medizinische Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte führte dazu, dass Menschen oftmals im Alter eine umfangreiche zahnmedizinische Versorgung erhalten haben und diese einer umfänglichen Pflege und regelmäßigen Kontrolle unterzogen werden sollte. Dies wiederum impliziert eine Kenntnis des medizinischen Personals in der Altenpflege, was – kommuniziert über die Gruppendiskussionsteilnehmer – eher selten der Fall ist. Der erwähnten komplexen Entwicklung der Medizin in den vergangenen Jahrzehnten folgte ebenfalls eine starke Ausdifferenzierung hinsichtlich der verschiedenen zu behandelnden Personengruppen, z. B. Kinder, ältere und beeinträchtigte Menschen, Angstpatienten, Menschen mit multiplen körperlichen Beeinträchtigungen usw. Sie führen dazu, dass auch die Zahnmedizin sehr ausdifferenziert ist. Dies bedarf für die Patientenschaft des Einholens um-

fänglicher Information hinsichtlich der Auswahl des möglichen Behandlers. Diese Informationsbeschaffung stellt für Patienten oftmals bei der selektiven Beschaffung und beim Verständnis der Informationen eine zunehmende Problematik dar.

Die sich anschließende Kategorie „Systemische Rahmung“ setzt sich zusammen aus zwölf Subkategorien und zwei weiteren Sub-Subkategorien. Diese Kategorie beinhaltet alle durch die Teilnehmenden angesprochenen Systeme außerhalb der APB. Dabei handelt es sich um Systeme des Gesundheitssystems wie Kammern, KZV oder Kassen, politische Systeme, welche durch Gesetzgebungen und Verordnungen oder auch Spezialisten und andere Behandler, z. B. KFO und MVZ, Auswirkungen auf die Behandlungssituation haben.

„Also in [anonymisiert] ist es so, dass erstmal anrufen in der KZV, um sich einen Termin geben zu lassen, weil wir ja nur mit Termin, damit da auch jemand ist. Und dann werden sie von den beratenden Damen am Telefon erstmal gefragt, worum es sich handelt, und wenn sowas kommt, dann sagen die gleich, da rufen Sie bitte da und da an, Kammererschlichtung oder Kammer GOZ-Referat oder so etwas, also da wird schon versucht, wirklich so zu splitten, dass wir nachher am Stuhl wirklich nur noch diese sachliche Beratung haben. Alles andere darüber, das wird vorher sozusagen schon verteilt. Dazu sind die auch ausgebildet, die wissen, wo die Zuständigkeiten da liegen die Damen. Das kommt also nicht mehr zu uns.“ (OvGU_GD_I_13/Segment 387)

„Sie haben ja jetzt eben gefragt nach einer eher heiklen Situation, ich finde immer das Heikelste ist immer der heikle Ritt auf der Rasierklinge zwischen einer Rechtsberatung und einer zahnmedizinischen Beratung. Denn Ritt da zu bewerkstelligen, ohne in ein Fettnäpfchen hineinzugeraten ist fast unmöglich, man muss da schon klare Grenzen ziehen bis wohin man dem Patienten da wirklich noch beraten kann; meist oder oft ist es so, gerade die prothetischen Fälle sind ja sehr komplex und meistens schon mit irgendwelchen Gutachten bewaffnet, wir bestätigen ja da nicht mehr, wir warten das ab.“ (OvGU_GD_I_13/Segment 410)

„...also mir fiel sofort ein als Sie das Wort Patientenrechtegesetz ansprachen äh die Patienten kennen dieses Patientenrechtegesetz gar nicht und das ist so die die fehlende Information gut es ist ja überall veröffentlicht worden aber die Patienten wissen gar nicht wo sie nachlesen können und sind oftmals dankbar dass dass man ihnen manche Quellen dann halt auch (.) nennt //ja// (3) und //ja ist ganz ganz wichtige Basis einfach// ja //zu wissen// ja genau //was sind meine Rechte// genau //in dem in dem Fall ja ?//“ (OvGU_GD_I_19/Segment 280)

„Und ich kann mich nur den Vorrednern anschließen, (-) von den/ von der Problematik her, was bei uns auch sehr äh auffällt, ist wirklich, muss man sagen, dass das betriebswirtschaftliche Denken in den Praxen wirklich auch insbesondere von der etwas jüngeren Generation sehr,

sehr zugenommen hat. Und sehr heftig, in Anführungszeichen, auch zum Teil (Räuspern.) umgesetzt wird.“ (OvGU_GD_I_18)

Da gibt es spezielle Füllungen, die sind jetzt, ich bin da gar nicht so fachlich drauf, aber die sind jetzt können über Kasse abgerechnet werden. Und vorher durften in diesen Fällen Mehrkostenvereinbarungen gemacht werden. So. Abgesehen davon, dass das Budget um die Ohren fliegt, ist uns/ wir haben Anrufe von Zahnärzten bekommen, die haben sich über diese Regelung, dass die jetzt in der Kasse, als Kassenleistung abgerechnet werden, MASSIVST bei uns beschwert und haben gesagt: „Ihr macht mir meine betriebswirtschaftliche Kalkulation kaputt, weil über die Mehrkostenvereinbarung habe ich mir viel mehr geholt als über die Punkte jetzt, wo ich //über Kasse/“ (OvGU_GD_I_18/Segment 106)

Die angeführten Segmente machen deutlich, dass angehörige Systeme im Gesundheitssysteme durch ihre Eingriffe in Form von Beratungsleistungen, z. B. durch die Krankenkassen oder durch Gesetzgebungen, und Normen die Behandlung und somit die APB beeinflussen. Auch die Beratungsleistung selbst wird durch angrenzende Systeme beeinflusst und zum Teil erschwert. Die wirtschaftliche orientierte Beratung, z. B. durch die Krankenkassen, entspricht nach Aussagen der Teilnehmenden in den Gruppendiskussionen oftmals nicht der tatsächlich umzusetzenden Behandlungsmöglichkeit, was wiederum Auswirkungen auf die APB hat, da die Patienten die sich unterscheidenden Beratungen nicht nachvollziehen können. Die durch das Gesundheitssystem veränderten Regularien hinsichtlich der Abrechnungsfomalien lösen zum Teil grundsätzlich Verständnisschwierigkeiten aus, welche sich bei den Behandlern manifestieren und dann wieder Anwendungsschwierigkeiten auslösen. Diese Irritationen manifestieren sich ebenfalls beim Patienten und führen in manchen Fällen sogar dazu, dass die Behandler selbst die Beratung aufsuchen, um ein Verständnis für die Formalien zu entwickeln.

Die „Merkmale der Patientenberatung“ ist eine Subkategorie mit 14 Sub-Subkategorien und fächert inhaltlich alle Themenbereiche auf, welche die Patientenberatung beschreiben bzw. Aussagen, die es möglich machen, das Konstrukt der Patientenberatung zu beschreiben und auch abgrenzbar zu machen von anderen Angeboten.

„Die zahnärztliche Patientenberatung ist Teil des Beratungsprozesses Arzt Patient sie ist eine Erweiterung des eigentlichen Behandlungsprozesses“ (OvGU_GD_II_17/Segment 150)

„Viele Patienten, tschuldigung, trauen sich auch nicht, ihren Zahnarzt zu fragen und erzählen dir dann die ganze Zeit ihre Geschichte und dann frage ich, haben Sie das mal ihren Zahnarzt gefragt. Nein. Dann gehen sie dahin und der hat ja keine Zeit -.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 237)

„{{Wir sind Berater}} und keine Entscheidungsfinder. Also als Solches sehe ich mich: dem Patienten Wege aufzuzeigen, die er hat. Aber ihm

keine Lösungen anzubieten, die allumfänglich sind.“
(OvGU_GD_I_20/Segment 441)

„ich kann mich auch nur dem anschließen also diese Kluft diese Missverständnisse müssen einfach (.) beseitigt werden, dass man eben sagt man kämpft für die Aufklärung für die Beratung und nicht gegeneinander.“ (OvGU_GD_II_17)

„Da sollte ja unser System eigentlich auch diese Lotsenfunktion übernehmen, so wie es bei der UPD stattfindet, dass wir den Patienten dahin lotsen, wo er dann glaubt sein Recht zu finden, und in dem Fall ihm mal sage, dann prozessiere es aus und ihm lieber klar sage, prozessiere es aus, hier, das sind die Tatsachen, so läuft's, das können wir nicht mehr regeln, das musst du selber regeln, wenn du glaubst, du kriegst's bei uns nicht. Aber wir müssen ihm die Möglichkeiten aufzeigen. Wir müssen ihn durchs System lotsen und das Angebot ihm zeigen, damit er sich zurechtfindet, weil das ist ganz schwierig, durch die Kammer, durch die KZV, da gibt es Gutachterstellen, das gibt's Schlichtungsstellen, das gibt dann die Gerichtsbarkeit“
(OvGU_GD_II_13/142)

„Frau 2: die sind höchst verärgert definitiv ja, das also kann ich auch nur so unterstreichen.

Moderatorin: das heißt die haben einfach kein Verständnis für die Situation warum der Behandler das jetzt so angeht, obwohl das äh

Frau 2: genau in der Regel ist es ja dann auch so dass ja dann die Patienten in der R- ja von von ihrem Kostenträger dann ja auch wieder zu uns geschickt werden da haben sie ja schon entsprechende Vorinformationen ja auch bekommen, und äh ja. ((mit Hand auf Tisch aufschlagend?)) ähm beschweren sich natürlich auch entsprechend über den Zahnarzt auch (.) zurecht, ja auch oftmals, ja, (.) ist dann auch für uns schwierig ((mit Hand auf Tisch aufschlagend?)) ja. //(wobei,)// aber in der (.) in der Folge dessen müssen wir da natürlich dann auch sagen, da greift dann wieder auch unsere Lotsenfunktion, da sagen wir dann auch ,hier vertragszahnärztliche Leistungen dann an die entsprechende KZV dann eben dann auch weitergeben', dass dann/ wir hatten auch schon tatsächlich Fälle, in denen dann auch die KZV dann reagiert hat, und dann der Behandler (.) nachgegeben hat? und dann eben entsprechend dann auch die Regelversorgung dann auch durchgeführt hat“
(OvGU_GD_II_19/Segment 122)

„Sondern wir müssen, wie heißt das so schön, den Patienten, das Empowerment, dazu bringen, eigene Entscheidungen zu finden.“
(OvGU_GD_I_20/Segment 443)

„Ach so, ja. Dass wir eine Rückmeldung, wenn wir denn so einen Weg mal wählen, dass die Patienten sich dann ähm freudig bedanken, dass wir dann auch einfach was weiterleiten und sie dann, und sich auch

Zahnärzte dann zurückmelden und die sich dann, ja, sich darüber freuen.“ (OvGU_GD_I_20/Segment 191)

Deutlich wird durch die ausgewählten Segmente, dass die Berater eine Haltung mitbringen, die die APB und in ihren Auswirkungen die Profession stützen und begründen. Die Berater haben ein Verständnis für die Anliegen der Patientenschaft und auch deren „verdeckte“ Anliegen, welche sich durch Unsicherheit, emotionale Auswirkungen und Unverständnis kennzeichnen. Sie haben aber auch ein Grundverständnis für die Behandler und deren Handlungsspielräume sowie für deren Belastungsmomente. Die Berater selbst bringen ein klares Anliegen und eine intrinsisch getriebene Motivation an ihre Tätigkeit mit, was ebenso bedeutet, dass die Berater eine konkrete Idee formulieren können, was die Beratung leisten soll und kann.

Die folgende Subkategorie „Beratungslauf“ gliedert sich in zehn Sub-Subkategorien und lässt aus den Segmenten heraus beschreiben, wie die Beratungen ablaufen. Hinsichtlich dieser Subkategorie werden keine expliziten Segmente vorgestellt, da die induktive Herleitung der Sub-Subsegmente schon den Ablauf der Beratung selbst deutlich macht. Die segmentierten Textteile führten somit zu der hier vorgestellten Struktur.

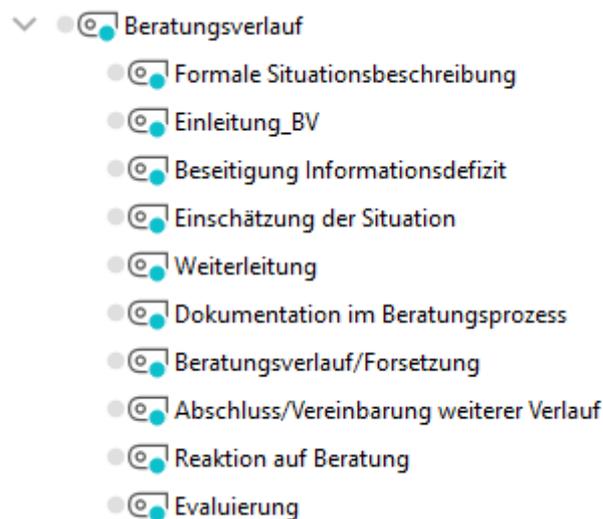


Abbildung 21: Kategoriensystem Subkategorie „Beratungsverlauf“
(eigene Darstellung)

Die sich anschließende Subkategorie „Setting der Patientenberatung“ beinhaltet elf Sub-Subkategorien. Inhaltlich bringen die hier segmentierten Textteile in den Kategorien Informationen hinsichtlich der Rahmung der Patientenberatung, wie Begründung der PB, Anforderungen, Abgrenzungen und Gefahren der Patientenberatung.

„Also ist einfach die Frage: Was ist das überhaupt für eine Arbeit, ja? Also wir machen eigentlich dann wieder das, was in der Praxis normalerweise gemacht werden müsste. Also ich hoffe, dass ich meine Patienten nicht ähm so entlasse, dass Sie nicht wissen, worum es geht.“

Aber auch da ist man, wenn man nicht darüber gefeiert, das zu machen.“
(OvGU_GD_I_20/Segment)

„Also wenn ich das jetzt subsummiere, ist die wichtigste Patienten-Information, dass wir an mehr Patienten herantreten und sagen: ‚Hier gibt es eine fachliche Institution, nämlich die Patientenberatung, bei der Sie sich die Fragen beantworten lassen können.‘ Das finde ich, ist eigentlich das Wichtigste. Denn: Wie hoch ist denn die Durchseuchung der Patientenschaft mit dieser Information, dass es so was gibt? Dass es von den Zahnärzten, von den KZVn, von den Fachleuten etwas gibt? Nicht von der unabhängigen Patientenberatung, sondern von uns. Wenn diese Information rauskommt, ich glaube dann sind wir schon ein ganzes Stück weiter.“ (OvGU_GD_I_20/Segment 544)

„Also (-) wer versteht seine Stromrechnung? Das heißt also, wenn jemand (-) einen entsprechenden Heil- und Kostenplan kriegt, kriegt er eine GOZ-Rechnung, alles dahinter. Äh das/ Ja, ich hatte mal einen Patienten, der hat se/ alle Summen zusammengerechnet und hat mir die überwiesen. Ich war TOTAL glücklich, habe ihm gesagt: eigentlich hättest du nur die Summe, die unterstrichen worden ist, (Lacht.) überwiesen sollen.‘ Der hat wirklich ALLES zusammengerechnet, extra bezahlt. Fand ich toll, musste ich aber zurückgeben. (Lacht.) Der war einfach/ Ja. (Lacht.) Scherzkeks. Das Problem ist, (--) es ist schon für den Kollegen schwer durchschaubar. Wie soll ein Patient das durchschauen? Selbst, wenn ich ihm das erkläre, so und so setzt sich das zusammen. Gut, mittlerweile gibt es EDV-Programm, wo dann wirklich vorn alles, wirklich (-) alles steht. Wer LESEN kann, ist im Vorteil. Und viele Sachen, die haben, wenn dann eine GOZ-Rechnung kommt oder sonst irgendetwas und ich lasse mir das dann vorlesen, was denn da steht, dann kann ich das relativ schnell nachvollziehen. Und dann sage ich: ‚Ja, und? War da eine Übertragsumme?‘“ (OvGU_GD_I_18/Segment 410)

„Aber wo wir auch nicht mit den Wölfen einfach so heulen und uns im Grunde genommen dort wieder in zweite Reihe stellen, sondern wir müssen unsere Kernkompetenzen, es gibt nur diesen Bereich Zahnmedizin, da sind wir die einzigen, die das machen können. Diese Kernkompetenzen, auf die müssen wir uns berufen.“ (OvGU_GD_II_13)

„Dem Patient step by step zu sagen, welche Schritte er für sein Problem braucht um es zu lösen. Find ich wichtig, dass er weiß, dass er dann richtig weiß, welcher für ihn dann wirklich der nächste Schritt ist, dann den nächsten, sonst vergisst er (unverständliche Textpassage) bevor er wieder aufgelegt hat. Dass er zumindestens mal die ersten wichtigen ein, zwei Schritte weiß, die er gehen muss.“
(OvGU_GD_I_13/Segment 462)

„Aber eine Beratung die des Patienten, zieht ja unter Umständen die des Zahnarztes vielleicht mal nach sich. Wenn man sieht, da ist irgendetwas nicht gut gelaufen, auch von zahnärztlicher Seite aus, da

kann man ja mal den Hörer nehmen und sagen, ,hör mal, pass mal auf, wenn du da nicht irgendwo tätig wirst, dann wird's ein Richter mal irgendwann machen.“ (OvGU_GD_I_13/Segment 682)

„Mediation Entschuldigung eine Mediation einzuleiten, wir wollen dort die maximale Kompetenz für den für den Patienten dort hineinbringen wir werden auch soweit gehen wenn wir glauben dass den Patienten großer Schaden zugefügt wird dass wir einen Cut machen und sagen wir verweisen dich in die Schlichtung wir verweisen dich (.) gegebenenfalls ans Gericht , inhaltlich muss die Fähigkeit da sein das ist auch zu erwarten von dem Berater dass er ein gewisses wir haben dazu gesagt pastorales Gespür hat äh die Kommunikation so zu führen so zu leiten dass er also wahr- also erkennt mit wem habe ich es zu tun.“ (OvGU_GD_II_17/Segment 110)

„Also wenn wir das mitkriegen, // letztendlich, wir sind neutral. Wir dürfen das nicht beurteilen. Wir KÖNNEN nur empfehlen den Zahnärzten, wenn Zahnarztpraxen anrufen, können wir nur empfehlen, sich das immer schriftlich aushändigen/ also das schriftlich zu haben. Und ansonsten beim Patient, wenn das dann, wenn das Aussage gegen Aussage ist: ,Sorry, wir sind KEINE Richter, die das dann beurteilen, dann müssen Sie zu/ privatrechtlich das Ganze/“ (OvGU_GD_II_18/Segment 96)

„Ja, das ist, kommt auf den, auf den jeweiligen Befund oder auf den Status des Patienten drauf an. Das heißt, wenn wenn der mir jetzt den Heil- und Kostenplan (sagt) oder erklärt, er kriegt Teleskope und wir gehen her als Zahnärzte und sagen: ,Ja, haben Sie noch nie was von Geschiebe gehört?` Ja? Das, das sind so Sachen, da muss eine Abgrenzung stattfinden. Und da sollten wir auch den Patienten nicht in=eine falsche Richtung lotsen. Weil nämlich der Zahnarzt hat sich schon was überlegt, weil er Teleskope macht und keine Geschiebe-Arbeit. Ja? Das ist/ Also das ist immer so eine Gradwanderung, ein (unv.)-Spiel, bis wohin dürfen wir was sagen und ab wann wird es kritisch und kann gegen uns verwandt werden.“ (OvGU_GD_I_20/Segment 439)

„Passiert ja eigentlich immer wieder. Jedes Mal kommen Anfragen hinsichtlich Zahnersatz. Und da fehlen uns ja aller Regel ganz grundlegende Informationen. Nämlich Röntgenbilder, klinischer Status und so was. Da da kann man ja nie so weiterhelfen, dass man den Patienten vollends befriedigt bekommt.“ (OvGU_GD_I_20/Segment 431)

„- Ja, das find' ich auch nochmal so ein bisschen problematisch, wenn wir Patientenfragen beantworten, dass man damit, genau damit riskiert, wenn man eine Stellungnahme vom Zahnarzt einholt, um das auch wirklich von allen Seiten beleuchten zu können und auch eine faire Antwort geben zu können, dass man damit das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis riskiert. Das kann auch nicht (...) die Lösung - “ (OvGU_GD_II_13/Segment 294)

Die Beratung ist ein schmaler Grat zwischen Anforderungen und Grenzen, zwischen Behandlern und Patientenschaft und zwischen sozialer Beratung und Rechtsberatung. Klar abbildbar wird in dieser Subkategorie die hohe Anforderung an die Berater hinsichtlich der Bewertung der Beratungssituation und der richtigen und konformen Einordnung der sich anschließenden Beratung. Darüber hinaus bedarf es seitens der Berater Kenntnisse hinsichtlich der beteiligten Systeme und deren Beteiligung an bestimmten Thematiken, also wann muss z. B. ein Beratungsanlass an das Rechtssystem übergeben werden.

Die sich anschließende Kategorie „Interaktionskriterien & -beschreibungen“ setzt sich zusammen aus fünf Subkategorien und 16 Sub-Subkategorien. Die Gesamtheit der hier untersuchten Segmente beschäftigt sich mit den Interaktionen innerhalb des Arzt-Patienten-Berater-Systems und deren Beziehungen untereinander. Die erste Subkategorie „Vertrauen“ gliedert sich in vier Subkategorien. Die analysierten Segmente befassen sich dabei grundsätzlich mit dem Thema Vertrauen, aber auch mit dem Vertrauensverlust und den Gründen für diesen Verlust und mit den Vertrauenthemen, wie sie in der Beratung Ausdruck finden.

„Also wir würden jetzt so die, diese VertrauensBASIS erstmal als das Wichtigste in den Mittelpunkt stellen und sagen, DANN ist auch eine gute BEHANDLUNG möglich, wenn ich da mit gutem Gefühl hingehen kann.“ (OvGU_GD_II_18/Segment 415)

„Das meinte ich auch vorhin zu dem Vertrauen, dass der Patient, nicht mehr in seinen Zahnarzt hat, dass das unsere Aufgabe ist da vielleicht auch das Vertrauen wiederherzustellen, dass er seinen eigenen Zahnarzt fragen kann. Gibt's spiegelbildlich eben auch das Problem, dass die Zahnärzte kein Vertrauen mehr in den Patienten haben, wenn die sich an die KZV wenden. Und das find' ich manchmal etwas problematisch, er befürchtet das und sicher ist das in vielen Fällen nicht ganz zu Unrecht, dass viele Zahnärzte da sehr empfindlich drauf reagieren, nach dem Motto, das hätten wir doch klären können, warum geht der zur KZV. Und dann ja tatsächlich auch fast schon beleidigt ist und so reagiert, dass sie die Behandlung daraufhin auch nicht mehr fortführen wollen. Das finde ich auch -“ (OvGU_GD_II_13/Segment 292)

„Ihre Schutzlosigkeit. wenn ich zum Arzt gehe und ich verschweige die eigentlichen Schmerzen und Probleme die ich habe und erzähle was von irgendwelchen Symptomen die alle Manager haben toll da wird mir bestimmt super geholfen nehme ich mal an also Sie verstehen was ich meine. Diese Vertrauensbeziehung ist eine völlig andere als die was weiß ich zu meinem Autohändler meinem Versicherungsmakler oder meinetwegen auch meinem Möbelhändler oder sonst- meinem Gärtner, ja ähm und ich glaube das muss viel stärker herausgearbeitet werden wie wichtig diese Vertrauensbeziehung ist und dass diese Vertrauensbeziehung im Mittelpunkt der ärztlichen zahnärztlichen Patientenberatung steht.“ (OvGU_GD_II_17/Segment 177)

„Und immer wieder merke ich, dass, ja, Patienten über andere kommen und mal eine Beratung, also zweite MEINUNG ist für mich deshalb sehr im Entstehen. Und wird immer MEHR, weil das Vertrauensverhältnis zum Behandler wahn/ gelitten hat. (-) GANZ extrem. Früher, früher war das nicht so. Früher hat man eine Beratung sich abgeholt. Hat gesagt, der berät mich, (-) okay. Heute kommt Zweifel auf. Heute will man noch eine andere Möglichkeit haben, eine zweite Möglichkeit. UND, was ganz wichtig ist, hm (-) durch die, sage ich mal, ja, durch die (-)“ (OvGU_GD_I_18/Segment 5)

„Also auf Patientenseite, der Patient müsste auch wirklich mal wieder Vertrauen zu den Leuten haben, zu denen er geht, und nicht immer nur das Gefühl haben: Die zocken mich ab.“ (OvGU_GD_II_18/Segment 358)

„Es ist zu beobachten, eine Tendenz bei den Patienten, sehr schnell bei einer prothetischen Behandlung, wenn sich erste Probleme zeigen, auf den Reset-Knopf drücken zu wollen und zu sagen, so und wissen Sie was, ich hab' da auch gar keine Lust mehr hinzugehen jetzt, ich will da auch nicht wieder hingehen, jetzt soll ein anderer das besser machen und dem muss man auch ein Riegel vorschieben. Also, das ist eine Tendenz, die wir in den letzten Jahren beobachtet haben, das wird immer schlimmer und es wird immer schneller behauptet, ich mach' jetzt mal Vertrauensverlust geltend, das ist der Terminus technicus.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 251)

„Also das ist ein=ganz wesentlicher Punkt auch, mit Inkrafttreten des Gesetzes 2013, und Fixierung im BGB, merken wir dass da vieles immer noch im Argen liegt, ähm insbesondere was mir auffällt als Jurist, ist das ganze Problem wirtschaftliche Aufklärung, der Pat- der Zahnarzt sieht sich oft als Zahnarzt, als Heiler, als Mediziner, u:nd diese unangenehmen Dinge werden nicht gern besprochen, sprich was kostet die Behandlung? zahlt deine Kasse das? in welchem Umfang musst du mit Kosten rechnen.“ (OvGU_GD_II_19/Segment 94)

Im Spektrum der Verwendung des Begriffes Vertrauen zeigt sich, wie es die angeführten Beispiele deutlich machen, die Vielschichtigkeit der Anwendung, die mit dem Wort des Vertrauens etwas zum Ausdruck bringen möchten. Sowohl die inflationäre Benutzung des Wortes als auch die Feststellung, dass kein anderer Aspekt mehr Gewicht in der APB hat, wird hier aufgeführt. Deutlich wird das Spannungsfeld, das mit dieser Begrifflichkeit, aber auch mit dieser grundsätzlichen Fähigkeit von Menschen, Vertrauen entgegen zu bringen, bedeutet, dass Systeme funktionieren können. Ist das nicht der Fall und das Vertrauen wird versagt, entstehen Irritationen und Konflikte.

Die Subkategorie „TA“ (Transaktionen) greift Segmente auf, die sich in die theoretische Rahmung einbetten lassen und aufzeigen, welche Transaktionen von Beratern avisiert werden, um ein wohlwollendes Gespräch mit den Patienten führen zu können.

„Der Patient muss immer das Gespür haben, dass sein Fall so individuell ist äh das muss rüberkommen, dass er sich an der Stelle auch gut aufgehoben natürlich gut verstanden fühlt, denn er ruft uns ja an weil er glaubt dass er Defizite in der Aufklärung in der Kommunikation bei seinem Zahnarzt Zahnärztin äh erfahren hat.“ (OvGU_GD_II_17/Segment 110)

„Also, ich denk', wir müssen in den eigenen Kreisen bewusstmachen, dass man vom Patienten möglichst wenig zu sagen hat. Gerade wenn ich jemanden krieg' der problembehaftet ist, dann sollte ich irgendwie als Behandler schauen, dass ich viel zuhöre und wenig rede. Alles was ich dem rübergeb', kommt in einen Kanal, den ich nicht mehr beeinflussen kann. Wenn er Ihnen gegenüber negativ eingestellt ist, dann ist die Behandlung schlecht, dann wird er, hört er nur das raus, was er für seine Denkrichtung braucht und dann tun wir eigentlich demjenigen keinen Gefallen, wenn wir ihn noch mit viel Informationen versorgen, auch wenn er es noch so gut meint.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 199)

„Ja, klar. Man muss dem Patienten seine Kompetenz als Laie erhöhen, so dass er sich ein bisschen auf Augenhöhe mit seinem Behandler wiederfindet.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 249)

„Das bedeutet in diesen schwierigen und konflikthafter Fällen gibt es eine Ebene, die ist sozusagen offen und eine, die ist verdeckt und da sind wir in ganz schwierigen diagnostischen Fragen. Das ist am Telefon vermutlich auch so kaum zu leisten, wenn ich das mal so sagen darf, im persönlichen Gespräch schon eher.“ (OvGU_GD_II_13)

„Ja vielleicht lässt sich das einfach summieren tue Gutes und sprich darüber ne und sprich eben nicht nur den Patienten gegenüber sondern auch den Kollegen gegenüber die eigentlich wissen ich sag's jetzt mal wenn die wüssten wie oft wir ihnen ein Körperteil auf dem sie sitzen gerettet haben (2) äh dann müssten die eigentlich immer zu uns kommen und uns jeden Tag äh dankbar sein weil äh wenn man dann wirklich so jemanden da hat der ganz ganz oben ist blutdruckmäßig und ihn so langsam runterbringt und dann in die Niederungen äh der eigentlich des eigentlichen Fall geht und sich dann überlegt äh was was machen die denn da überhaupt wo das hochgeschaukelt ist wegen nichts wegen gar nichts und wir hatten ja einmal das Beispiel gebracht wa- was=äh wie soll ich sa- ich sag die Asymmetrie des Wissens werden wir nicht abschaffen können das wird nicht funktionieren ähm wir können aber versuchen den einzelnen Patienten zumindest ein bisschen schlauer machen.“ (OvGU_GD_I_19)

Deutlich wird hierbei die neutrale und auch wohlwollende Haltung des Beraters gegenüber der Patientenschaft. Der gezielte und überlegte Umgang mit Kommunikation und somit den Transaktionen, welche eine bestimmte Wirkung beim Patienten erzeugen sollen, um seine Situation anzunehmen oder zu verbessern wird ersichtlich. Es zeigt auch die Sensibilität und

das Einfühlungsvermögen der Berater auf die individuelle Ebene und Situation des Patienten. Ebenso zeigt sich, wie der Ansatz der Transaktionsanalyse als Auswertungsmethode hier einen Mehrwert generiert, da diese Methode diese Sensibilität und Affinität dem Patienten gegenüber deutlich machen kann.

Es folgt die Subkategorie „Haltung/Beziehungseben“ mit zwölf Sub-Subkategorien und vier Sub-Sub-Subkategorien. Die Segmente stellen an dieser Stelle dar, wie die beteiligten Personen ihr Zueinander beschreiben und geben somit auch Einblick in die Beziehungswahrnehmung der Akteure. Dabei werden auch Segmente in dieser Kategorie erfasst, die sich mit den Erwartungen unter den Akteuren beschäftigen.

„Da sprechen Sie ein ganz heißes Thema an und das dauert Jahre, bis Sie Ihre Zahnärzteschaft so weit haben, dass sie dieses Vertrauen in die Beratung hat und die Patienten dorthin auch schickt. Unsere Zahnärzte bekommen Hunderte von so Karten, im Dezember, fürs kommende Jahr immer. Und wir fordern sie auch auf und sagen, schickt die Patienten zu unserer Beratung, weil in der Regel wird Eure Behandlung da bestätigt, der Patient kommt zurück und sagt, jawohl, so machen wir es. Aber es dauert verhältnismäßig lang, bis die Zahnärzte so weit sind. Und ich denk', es ist überall so, dass sie das akzeptieren und es eher als Bestätigung und Unterstützung sehen als Infrage-Steller und das ist GANZ, GANZ viel Arbeit, man muss sie munitionieren, man muss sie unterstützen, man muss sie auffordern, diese Patientenberatung in Anspruch zu nehmen, denn wenn der Patient unsicher ist, dann ist es mir lieber, er kommt zu uns, als er kommt von irgendwo anders her. Da weiß ich nicht, was gesagt wird, bei uns wird gesagt, und die Berater sind so geschult, wenn es irgendwo vertretbar ist, sagen sie dem Patienten, jawohl, so mach's geh's hoim, fang halt an.“ (OvGU_GD_II_13)

„Und wenn der Patient dann bei mir ist und ich sage, soll ich da mal anrufen, sagen Sie: ‚Um Gottes willen, sagen Sie dem bloß nicht, dass ich hier war.‘“ (OvGU_GD_I_13/Segment 684)

„Aber da können wir eben versuchen, dem Patienten eben für das Gespräch, dass wir die Patientenberatung als Hilfestellung für den niedergelassenen Zahnarzt auch verstehen, nicht nur als Konfliktbewältigungs- und Clearingstelle, sondern als Möglichkeit dem Zahnarzt vor Ort ein bisschen Beratungsleistung vielleicht abzunehmen, die er in seiner stressigen Haltung eben nicht hat. Wir sind da in der komfortablen Lage, dass wir da ein bisschen mehr Zeit haben.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 368)

„Ähm manchmal ist es ja auch so, dass die Patienten ich vor allen Dingen von den Mitarbeiterinnen irgendwo ähm schlecht behandelt fühlen. Dass die die sozusagen ein bisschen abgeschnattert haben und wo man dann sagt: ‚Na ja, sprechen Sie doch einfach noch mal mit der,“

mit dem Zahnarzt oder der Zahnärztin. Ähm wer weiß.' Und: ,Jeder hat auch mal einen blöden Tag, so was kann ja auch vorgekommen sein, ne?' Um einfach die Sache, die Leute vom Baum zu holen. Wer hat das jetzt gerade gesagt? Ja, so ungefähr.“ (OvGU_GD_I_20/Segment 472)

„Und dann wird' ich schon ganz vorsichtig und erkläre es nochmal und dann überleg' ich mir, ob ich es wirklich so machen will, weil er hat's ja nicht verstanden. Und solche Patienten kommen ja dann auch in die Patientenberatung und spricht dann vielleicht mit dem Kollegen und sagt, man kennt es ja aus der eigenen Praxis, ich hab' ihm das hunderttausend Mal erklärt und der hat's halt nicht begriffen. Vielleicht sollte man da wirklich sagen, okay, wenn er es nicht begreift, dann kriegt er halt das Einfache, dann hat man den Stress weg.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 353)

„Nehmt Euch doch mal bei der Information oder bei der Vorbesprechung Eurer Patienten dahingehend an und rückt mal das Thema Erwartung, was erwarten Sie von dem Zahnarzt, in das Gespräch mit (Zustimmung), damit von vornherein klar ist, (unverständliche Textpassage), dass der Gedanke gar nicht aufkommt beim Patienten, ich zahle jetzt super viel Geld und ich krieg' was viel besseres als das, was ich an den eigenen Zähnen mal hatte.“ (OvGU_GD_II_13/Segment 309)

„Und WENN mal jemand motzig ist, dann stellen WIR einfach fest, dass die Erwartungshaltung von dem Patienten zu hoch ist.“ (OvGU_GD_II_18/Segment 15)

Die Neutralität der Berater ist in dieser Kategorie besonders deutlich. Neutral gegenüber dem Behandler, neutral gegenüber dem Patienten, der die Beratung aufsucht. Auch am Ende der Beratung wird diese Neutralität deutlich, da die Klärung des Anliegens keiner Struktur unterliegt, sondern durch den Berater eruiert wird, wie eine Klärung herbeizuführen ist und welches System er dafür benötigt. Ein Spannungsfeld, das sich hier deutlich zeigt, ist die Haltung zur Nutzung bei der Beratung aufseiten des Behandlers und aufseiten des Patienten. Die Behandler empfehlen in manchen Fällen ihren Patienten nicht die Beratung und die Patienten möchten in manchen Fällen, dass ihr Besuch bei der Beratung dem Behandler nicht mitgeteilt wird. Hier spielen Unsicherheiten auf beiden Seiten eine wesentliche Rolle. Die Beratung könnte in diesen Fällen effektiver arbeiten, wenn diese Unsicherheiten abgebaut werden könnten.

Die letzte Kategorie in diesem Kategoriensystem „Evaluations- & Qualitätskriterien“ umfasst fünf Sub-Subkategorien. Dabei weist die letzte Sub-Subkategorie noch sechs Sub-Sub-Subkategorien auf. Inhaltlich weist diese Kategorie Segmente auf, die sowohl evaluierende Aussagen betreffen hinsichtlich der Beratung respektive des Beraters als auch der Behandlungssituation respektive des Behandlers. Darüber hinaus wurden Segmente zu

Qualitätskriterien der Profession aufgenommen. Ein weiterer Punkt ist die Statistik. Dabei handelt es sich hier konkret um das Evaluierungsinstrument der Patientenberatung.

„Keine Rolle spielt oder ne ganz kleine Rolle spielt bei uns äh nur noch die Verbraucherzentrale bei der früher die UPD ange- dockt war (.) das wird größtenteils ich hab mich da gerade vor 14 Tagen noch mal kundig gemacht an uns weitergegeben (.) das kann man grundsätzlich gut oder schlecht finden (.) wenn man unsere Kollegen fragt die finden das natürlich eher gut wenn diese Dinge bei uns auf dem Tisch landen in der Hoffnung dass kompetent und ich sag jetzt auch mal so ein bisschen so beraten wird dass das dass das vernünftig passiert und dass das auch für die Kollegenschaft vernünftig passiert da haben die also deutlich mehr Vertrauen natürlich als wenn das ein Sachbearbeiter bei der Krankenkasse tun würde nichtsdestotrotz ist natürlich klar wir haben das ja in der Vorstellungsrunde gehört dass sind zum Großteil unsere Angestellten in den Geschäftsstellen die diese Arbeit leisten müssen und das tun die dann also auch sehr oft als Add-on so ist es ja in vielen Geschäftsstellen äh zumindest in den kleineren Bundesländern ja gestartet“ (OvGU_GD_I_19/Segment 51)

„kann ich da einfach gleich mal einhaken //ja das dachte ich mir// weil da kann ich dir nur Recht geben die Deutungshoheit für Zahlheilkunde die muss einfach bei den Zahnärzten liegen und nicht bei irgendwelchen anderen Personen die davon gar keine Ahnung haben (.) und da müssen wir natürlich unser Angebot mehr bew- und besser bewerben möglicherweise und die andere Seite ist eben dass wir auch unsere Kollegen eben zum Beispiel über unsere zahnärztlichen Nachrichten hier (dents) oder was auch immer über diese Patientenrechte und Ansprüche einfach mal informieren und aufklären, dass denen das klar ist dass der Patient ein Recht darauf hat dass es das gibt weil viele sich damit gar nicht auseinandersetzen und gar nicht beschäftigen und dann äh und da sind wir natürlich auch so ein kleines bisschen denke ich mal in der Pflicht dass wir da immer mal wieder darauf hinweisen unsere Kollegen wie sie sich verhalten sollen und dann kann man nämlich auch manchen Schaden das haben wir ja heute auch in der Diskussion raus- ge- ge- gearbeitet vermeiden und manches Problem //ja// lösen schon vorher dann kommt das gar nicht auf.“ (OvGU_GD_I_19/Segment 291)

„(-) Und die häufigste, also was, was man spürt in der Patientenberatung, dass DER, der jetzt anruft, das Gefühl hat, jetzt habe ich jemanden, der sich nur auf mich konzentriert. Also er hat mehr das Gefühl, in der Praxis, da geht das unter, da ist der Raum nicht da. Das, also das ist ein wirklich ganz deutliches Signal, was ich jedes Mal bekomme, wo die sagen: ‚Endlich einer, der mir zuhört.‘“ (OvGU_GD_I_18/Segment 5)

„Ich weiß, dass man als Zahnarzt in der Praxis selber nicht so viel Zeit hat, die Patienten ausführlich zu beraten, das tun wir dann in

der Patientenberatung und, was soll ich sagen, ich finde das einfach wichtig und gut, dass auch Patienten Ansprechpartner haben, die neutral sind, die eine hohe Sachkompetenz haben, fachlich kompetent sind und nicht irgendwo anders hingehen und dort ihre Probleme ausdiskutieren wollen oder um Rat fragen. Also mach' ich das und ich mach' es immer noch gerne." (OvGU_GD_II_13/Segment 5)

„Wir können es aber kaum, ähm sagen wir mal, dem Patienten klarmachen, wenn wir Verbraucherzentralen haben, die völlig, also ich sage mal, nur ihr Patientenwohl im, im Kopf haben, aber gar nicht den medizinischen Hintergrund kennen. Und da haben wir auch natürlich eine äh eine Aufklärungspflicht gegenüber denjenigen, mit denen wir ja eigentlich ZUSAMMENarbeiten sollen, ja? Also die schießen VÖLLIG übers Ziel hinaus. Ärgert mich maßlos. Und dann das Ganze revers wieder aufzuklären oder zu, zu/ auszubügeln, das sind Kräfte, die Sie da aufwenden müssen, um das/ was einer da mal so gesteckt hat, äh wieder auszumerzen, das ist, das ist irre, kriegen/ kriegt man Vertrauensverhältnis kaum wieder glattgebügelt. //Also die Kommunikation muss auch mit den Verbraucherzentralen (-) WESENTLICH verbessert werden.“ (OvGU_GD_I_18/Segment 277)

„Und umso wichtiger ist es, dass Sie an der Stelle aber nicht anrufen und aus der Position eines Überlegenden dem sagen ‚pass mal auf‘, sondern, dass Sie da wirklich auf Kollegenaugenhöhe sind und ihn respektieren, dann klappt das glaub ich. Insofern war dieser Punkt nochmal ganz entscheidend, auch nochmal, um zu sehen, worum geht es da eigentlich noch mal bei der Gelegenheit, auch wenn Sie den Eindruck haben, das läuft nicht optimal, aber trotzdem zu sagen, du bist mein Kollege und ich will dir einen kollegialen Rat geben oder einen Hinweis oder so etwas und nicht ‚ich will dich overrulen‘ oder irgendwie.“ (OvGU_GD_I_13/Segment 683)

„Wir haben geschrieben als erstes absolute Transparenz und Objektivität. Mit objektiver Transparenz meinen wir in der Gesprächsführung soll man sehr wohl sagen wer wir sind ja, wir sind wir sind Zahnärzte und wir beraten jetzt hier vielleicht so im Nachgang wurde uns gesagt vielleicht auch für Kollegen die aufgrund ihres Zeitdrucks das vielleicht versäumt haben aber wir beraten eventuell auch wenn es so ist auch gegen unsere Kollegen wenn dort Dinge offenbart werden mit denen wir nicht einverstanden sein können auch äh=aus der eigenen (Hygiene) heraus dass man sagt gut wir wollen auch diese Kolleginnen und Kollegen herausfiltern wo wir nicht mit einverstanden sind und das sind dann Dinge die da auch übergreifen das kommt hier ein bisschen weiter unten wo wir sagen wir sind gegebenenfalls auch bereit da=Meditation einzurei- zu.“ (OvGU_GD_II_17/Segment 106)

Diese ausgewählten Segmente der entsprechenden Kategorie zeigen auf, dass die Patientenberater selbst eine hohe Anforderung an die Ergebnisse ihrer Beratung stellen und

diese auch klar abgrenzbar machen gegenüber anderen Beratungen. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist dabei die Tatsache, dass die Berater selbst der Profession der Zahnmedizin angehören. Weiterhin sehen die Berater das Angebot der Beratung als qualitätssicherndes Element innerhalb der Profession, da Irritationen beim Patienten im Rahmen der Profession aufgenommen und behoben werden können und den Patienten auch der Übergang, z. B. in die Rechtsprofession oder das Wirtschaftssystem, nicht suchen. Die Berater sind stets bemüht, eine zugängliche Kommunikation sowohl mit dem Behandler als auch mit dem Patienten herzustellen.

Das Kategoriensystem mit seiner Vielzahl an Segmenten aus vier Jahren Gruppendiskussionen bietet dem Anwender einen umfassenden Einblick in das Tätigkeitsfeld, die Anforderungen und die Grenzen der Patientenberatung. Weiterhin gibt es Aufschluss über die wichtigsten beteiligten Akteure und deren Beziehungskonstrukt untereinander und die weiteren beteiligten Systeme im Gesundheitssystem. Gestaltschließend lassen sich Trends um Entwicklungen abbilden, die das Beratungssystem tangieren oder vollständig betreffen. Schlussendlich lassen sich Qualitätskriterien hinsichtlich der Beratung, der Profession und des Gesundheitssystems abbilden.

5.5.3. Fallbetrachtung mithilfe der Transaktionsanalyse

Die 48 Fälle wurden transaktionsanalytisch ausgewertet und mithilfe des vorgestellten Prozessmodells (siehe Kapitel 5.3.1.2.3) wurde der Gesamtprozess der Beratung dargestellt. Aus dieser Betrachtung haben sich vier Ergebnisgruppen abgebildet. Die folgende Tabelle zeigt auf, wie die Ergebnisgruppen hinsichtlich ihrer Häufigkeit verteilt sind.

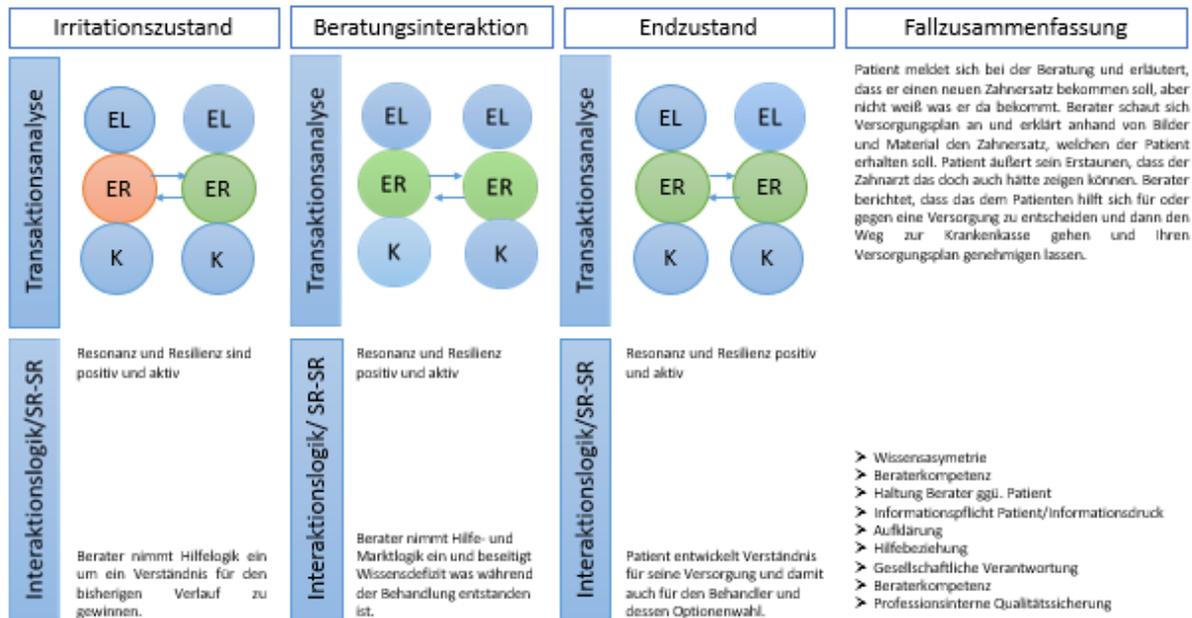
Endpositionen des Prozessmodells bzw. nicht auswertbare Fälle	n=/%
Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden ER-ER	21/43,75 %
Beratungsprozess mit einem überkreuzten Transaktionsende	4/8,3 %
Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden außerhalb der ER-ER-Ebene	3/6,25 %
Episodischer Bericht ohne transaktionsanalytische Auswertung	20/41,66 %

Tabelle 2: Statistische Darstellung der Ergebnisgruppen
(eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die einzelnen Ergebnisgruppen beschrieben und die Prozessanalyse anhand von zwei Beispielen erläutert. Die Gesamtschau der Prozessanalysen kann dem Anlage IV entnommen werden.

Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden ER-ER

Komplementär verlaufende Transaktionen stellen Transaktionen dar, welche einer Parallelität folgen. Solche Transaktionen können über alle drei Ich-Zustände hinweg stattfinden. Diese Parallelität zeigt weiterhin auf, dass die Kommunikation ungehindert weiter stattfinden kann, wie Stewart und Joines (2007) in ihren Ausführungen begründen.



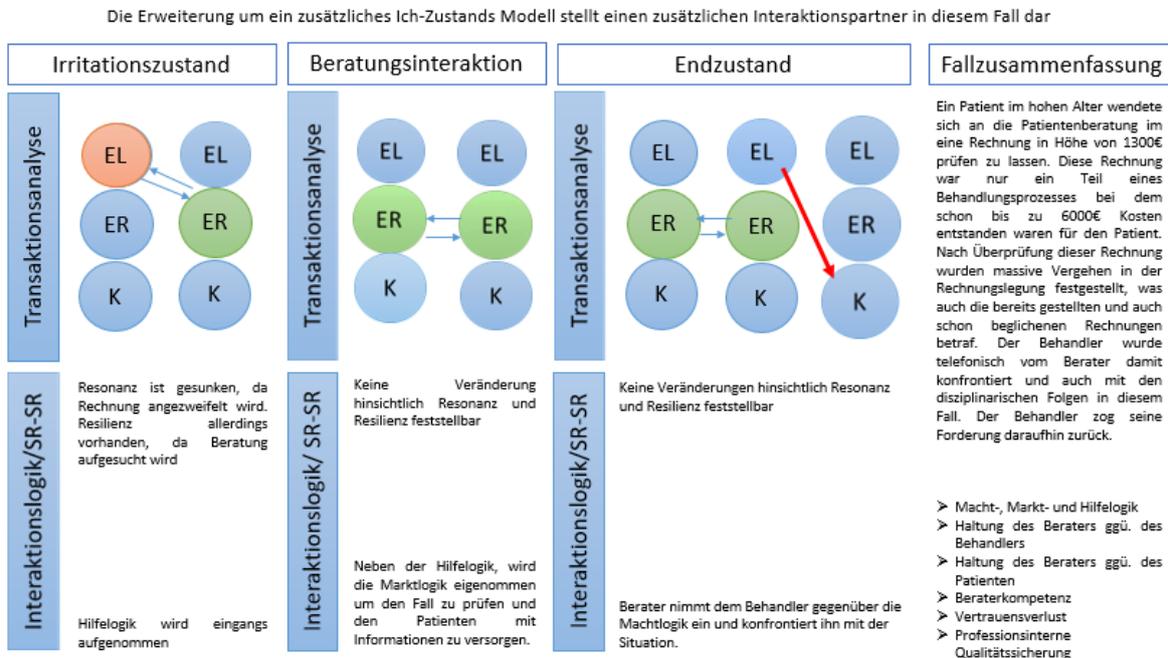
Fall 40

Abbildung 22: Fall 40 - Beispiel 1 Komplementärtransaktion
(eigene Darstellung)

Das abgebildete Beispiel einer klassischen komplementären Transaktion zeigt inhaltlich das fehlende Verständnis eines Patienten gegenüber dem vorgeschlagenen Zahnersatz. Er kann bereits einen Versorgungsplan vorlegen. Der Berater erläutert dem Patienten mithilfe von Informationsmaterial das auf ihn zukommende Vorgehen. Der Patient äußert sein Erstaunen darüber, dass diese Informationen doch auch vom Zahnarzt hätten übermittelt werden können. Im Anschluss war der Patient ausreichend informiert, um weitere Schritte einzuleiten und die Versorgung durchzuführen.

Deutlich wird hierbei, dass der Eingangsstimulus eine Irritation darstellt, welche allerdings keine negativen Auswirkungen auf die Gefühlslage des Patienten ausübt. Er stellt das Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt scheinbar nicht infrage und nutzt die Beratung zur Informationsbeschaffung. Bezogen auf die Interaktionslogiken nimmt der Berater beginnend eine Hilfelogik ein, welche durch aktives Zuhören, neutrale Begegnung und das Annehmen der Realität des Klienten Ausdruck findet. Die Marktlogik greift der Berater auf zur Beseitigung des Informationsdefizites des Patienten. Mithilfe dieser beiden Interaktionslogiken entwickelt der Patient ein Verständnis für den vom Behandler vorgeschlagenen Zahnersatz und damit umgekehrt auch ein Verständnis für den Behandler selbst. Der Patient äußert sein Erstaunen darüber, dass der Behandler die Erklärung, wie sie der Berater gegeben hat, unterlassen hat.

Das Ergebnis dieser Beratung ist, dass der Patient ein Gesamtverständnis entwickeln konnte und die Versorgung nun bei seiner Krankenkasse beantragen möchte. Dieser Patient hatte ein grundsätzlich resilientes Umgehen mit seiner Irritationssituation. Er agierte auch resonant mit der Irritation hinsichtlich der Beziehung zum Behandler als auch zum Berater. Eine Entfremdung lag vermutlich in dieser Situation nicht vor.



Fall 29

Abbildung 23: Fall 29 – Beispiel 2 Komplementärtransaktion (eigene Darstellung)

Das zweite Beispiel zeigt ebenfalls komplementäre Transaktionen zwischen Patient und Berater auf, weist aber inhaltlich einen weitaus kritischeren Inhalt auf, als das erste Beispiel gezeigt hat. In diesem Beispiel geht es um einen Patienten im hohen Alter mit multiplen Problemen im Mund-Kiefer-Bereich. Ein zurückliegender Eingriff wies verschiedene Mängel auf, welche allerdings nicht im Kontext einer Gewährleistung durch den Behandler abgerechnet wurden, sondern als Privatleistung. So hat der Patient schon einen größeren vierstelligen Bereich als Privatrechnung beglichen, bevor er die Beratung aufgesucht hat. Es fiel in diesem Prozess dann abermals eine Rechnung an, mit der der Patient die Beratung aufsuchte, und die Höhe dieser wiederholten Rechnung kritisierte. Er begegnete dem Berater aus dieser EL-Haltung aber im ER mit der Bitte um Rat und Unterstützung. Der Berater entgegnete auf ER-Ebene und mit der Hilfslogik. Durch die Erläuterung der Situation und der Vermittlung von Wissen konnten sich beide wieder auf ER-ER treffen. Zusätzlich wurde in diesem Fall ein weiteres Ich-Zustandsmodell eingefügt, da der Berater die Kommunikation zum Behandler in diesem Fall suchte. Der Berater hatte im Verlauf analysieren können, dass die Rechnungen nicht korrekt gestellt bzw. nicht korrekt abgerechnet wurden. Damit wurde der Behandler konfrontiert. Durch den Berater wurden die Schritte aufgezeigt, welche auf ihn

zukommen würden, wenn der Patient ein rechtliches Verfahren anstreben würde. Der Behandler zog im Ergebnis die Rechnung zurück und der Patient suchte sich einen neuen Behandler. Dieser Fall wurde auch zur internen Überprüfung im System weitergegeben.

Die wiederholte Rechnungslegung mit einer hohen Summe führte zur anfänglichen Entfremdung bei dem Patienten, weshalb er die Beratung aufsuchte. Die Resilienz wird hierbei als stabil vermutet, da die Beratung trotz des hohen Alters und der Gesamtsituation aufgesucht wurde. Zu vermuten ist weiterhin, dass die Resonanz in diesem Fall wieder steigen könnte, wenn der Kontakt zum neuen Behandler in ein vertrauensvolles Verhältnis mündet. Bezüglich der Interaktionslogiken agierte der Berater hinsichtlich des Patienten in der Hilfe- und Marktlogik, indem ein grundsätzliches Verständnis durch aktives Zuhören, das Annehmen der Realität des Klienten und die neutrale Überprüfung der Behandlungssituation. Die Marktlogik wird bei der Erläuterung der Sicht auf den Fall und der zur Verfügung stehenden Optionen eingenommen. Die Kommunikation zum Behandler findet innerhalb der Machtinteraktionslogik statt. Der Behandler wird in seiner Rolle innerhalb der Profession angesprochen und als Behandler des Patienten. Ihm werden Folgen durch sein Handeln aufgezeigt, um dann eine Handlung von ihm zu erwarten. Dies erfolgte durch den Rückzug der Rechnung.

Beide Fälle zeigen die Wirkungsbereiche der Beratung bezogen auf die Patienten, Profession und die Behandler auf. Im ersten Beispiel der komplementären Transaktion ist die Wissensasymmetrie zwischen Behandler und Patient das dominierende Artefakt, da der Patient ohne die Informationen des Beraters nicht in der Lage war, ein Verständnis für die Behandlungsoption zu erlangen. Dabei zeigen die Verantwortung, Haltung ggü. dem Patienten, die Kompetenz des Beraters, das Vertrauen gegenüber dem Berater und die professionsinterne Qualitätssicherung die verdeckte Ebene in diesem relativ wenig aufwendigen Beratungsfall. Beim zweiten Beispiel finden sich die Themen des Vertrauensverlustes des Behandlers, die Aufklärung, die gesellschaftliche Verantwortung, die Beraterkompetenz und im Besonderen die professionsinterne Qualitätssicherung. Die Beurteilung dieses Falles war in diesem Umfang nur durch einen Zahnmediziner möglich. Die Beurteilung verhalf dann dabei, eine Klärung für den Patienten als auch eine Begutachtung innerhalb der Profession einzuleiten. Auch das Verständnis des Beraters hinsichtlich seiner eigenen regulierenden Möglichkeiten selbst eröffnete den Blick auf die Verantwortung der Berater gegenüber der Profession. Im Diskussionsteil im folgenden Kapitel dieser Arbeit wird auf diese Bezüge noch vertieft eingegangen.

Beratungsprozess mit einem überkreuzten Transaktionsende

Überkreuzte Transaktionen werden als solche titulierrt, weil die Pfeile in den Transaktionen keine Parallelität aufweisen, sondern sich im Ich-Zustands-Modell kreuzen. Dabei ist davon auszugehen, dass diese Form der Transaktionen zur Irritation in der Kommunikation führt. Ein Wechsel der Ich-Zustände wäre in diesem Fall ein Ausweg, um die Kommunikation ggf. ziel-führend weiterzuentwickeln. (Stewart und Joines 2007)

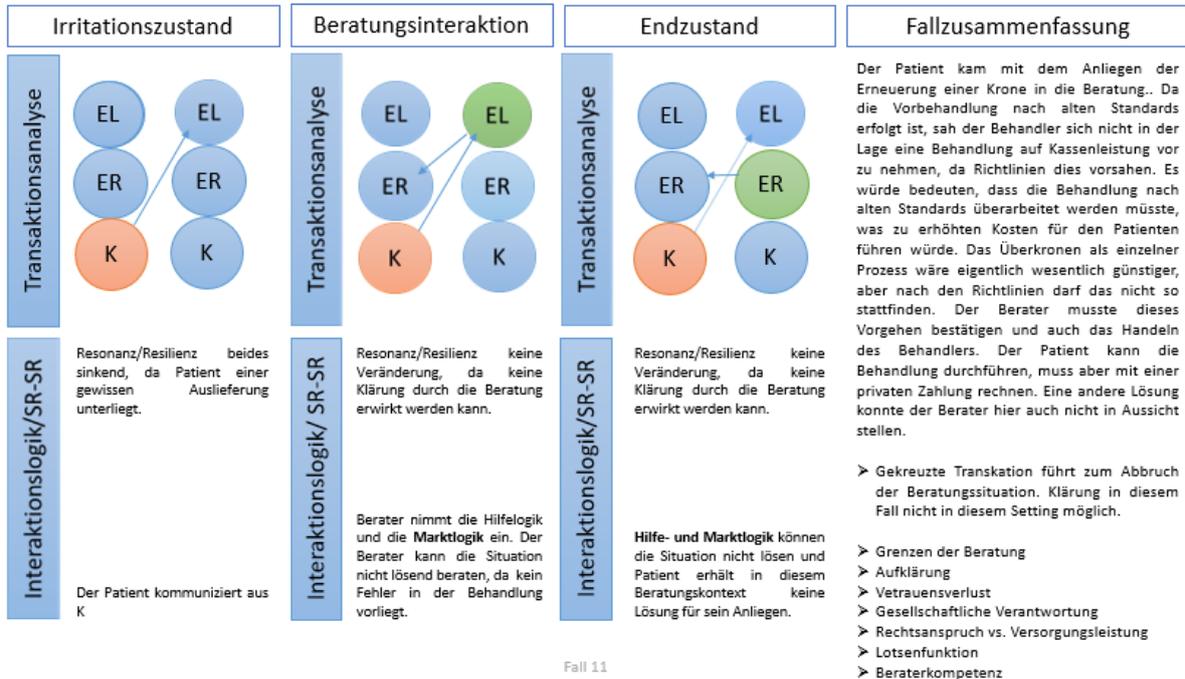
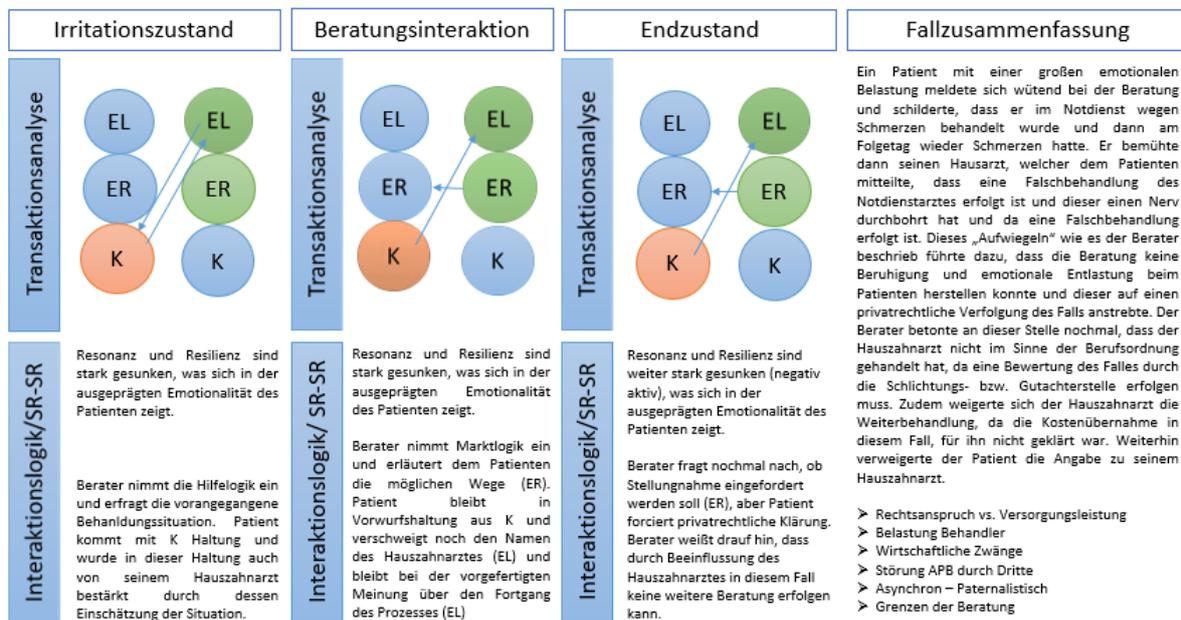


Abbildung 24: Fall 11 – Beispiel 1 Überkreuztransaktionen (eigene Darstellung)

Das hier vorgestellte erste Beispiel für Überkreuztransaktionen beschreibt einen Fall, der in einem grundsätzlichen Unverständnis des Patienten begründet ist. Die Behandlung selbst würde durch eine Kassenleistung abgedeckt werden, was bedeutet, dass dem Patienten keine privaten Kosten in Rechnung gestellt würden. Die Situation stellt sich aber so dar, dass die Behandlung eine Beseitigung einer weiteren, auf alten Standards durchgeführten Behandlung mit sich bringen würde, was Privatkosten für den Patienten zur Folge hätte. Dieses durch das System und Richtlinien festgeschriebenen Vorgehen begründete das Unverständnis des Patienten. Der Patient suchte die Beratung auf, welche das Vorgehen, wie es der Behandler vorgeschlagen hatte nicht nachvollziehen konnte, und es dahingehend keinen anderen Weg gab. Der Patient konnte durch die Beratung sein Unverständnis nicht beseitigen, was insofern auch nicht möglich war, da es bedeuten würde, umfangreiche Behandlungsrichtlinien nachvollziehen zu können. Der Berater versucht den ER Ich-Zustand des Patienten anzusprechen. Dieser reagiert aber aus den angeführten Gründen heraus weiterhin aus dem K Ich-Zustand. Abschließend versucht der Berater, den Patienten in der Profession zu halten und schlägt ihm das Einholen einer Zweitmeinung vor. Hinsichtlich der Resonanz und Resilienz in diesem Fall kann eine sinkende Resonanz und Resilienz angenommen werden, da das

Unverständnis des Patienten nach der vorgestellten theoretischen Herleitung eine beginnende Entfremdung erzeugt. Das Unverständnis kann Emotionen wie sich ausgeliefert fühlen auslösen, was wiederum in der Definition der Entfremdung zu verorten ist. Bezüglich der Interaktionslogiken nimmt der Berater zu Beginn die Marktlogik ein, um den Patienten nochmals die Behandlungsoption zu beschreiben und somit auch den Behandler zu legitimieren, da sein Handeln den Behandlungsrichtlinien folgte. Zusätzlich wird im Prozess der Beratung die Hilfslogik eingenommen, da der Berater die Verwirrung des Patienten selbst nachvollziehen kann und versucht, den Patienten durch den Vorschlag zu einer Zweitmeinung im Professionsystem zu halten, um auch den Erhalt der Beziehung zum Erstbehandler zu forcieren.



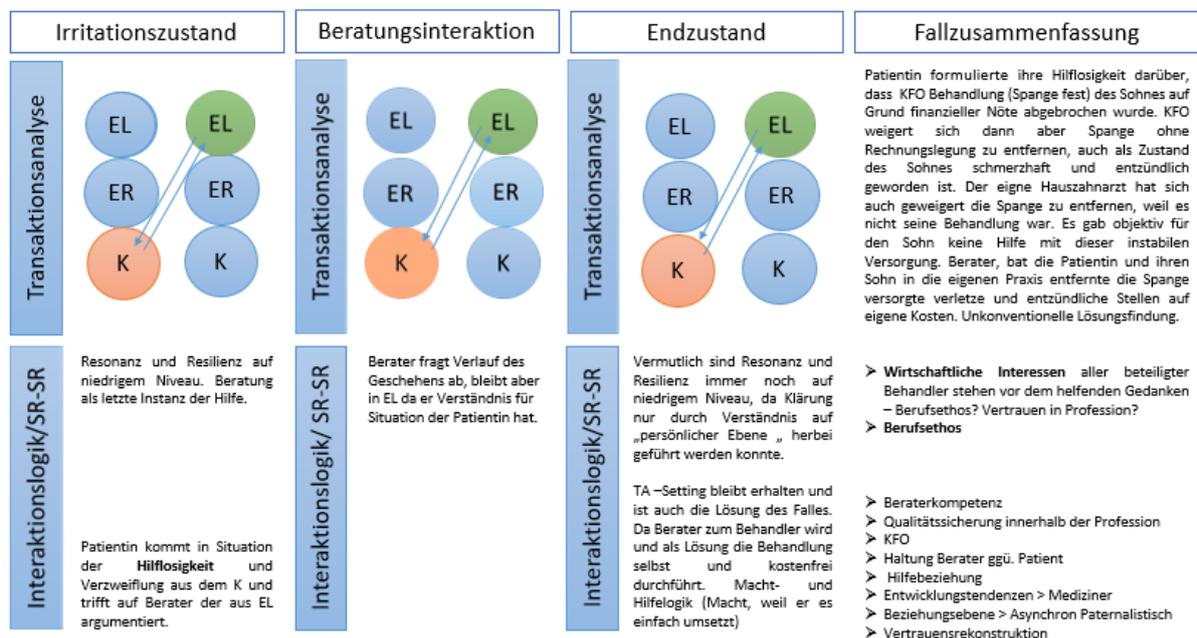
Fall 33

Abbildung 25: Fall 33 – Beispiel 2 Überkreuztransaktionen (eigene Darstellung)

Das zweite Beispiel zur Überkreuztransaktion stellt einen Patienten vor, der aufgrund von Schmerzen am Wochenende den Notdienst besuchte. Da die Beschwerden auch nach dem Wochenende nicht nachließen, suchte er seinen Hausarzt auf. Dieser sprach von Fehlbehandlung und der Durchbohrung eines Nervs und wiegelte, wie es der Berater erzählte, den Patienten auf, was zur weiteren emotionalen Belastung führte. Weiterhin verweigerte der Hausarzt die Weiterbehandlung, wenn der Patient nicht vorab die Finanzierung mit der Krankenkasse abklären würde. Der Berater verwies darauf, dass man den Hausarzt auch in die Pflicht nehmen müsste, da dieser sich nicht der Berufsordnung gemäß verhalten hätte, aber der Patient wollte den Arzt nicht namentlich erwähnen. Der Berater betonte, dass die Beratung in solchen Fällen sehr hilflos und verwies den Patienten an die Krankenkasse mit der Bitte um Unterstützung in diesem Fall. Die Resonanz und Resilienz, welche die emotionale Belastung durch das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ausweglosigkeit manifestieren, sind in diesem Fall sinkend und auch negativ, was sich durch die Entfremdung bezogen auf den

Behandler, aber auch auf das System beschreiben lässt. Der Berater nimmt zu Beginn des Prozesses die Hilfelogik ein, um dem Patienten Verständnis und Zeit für sein Anliegen entgegenzubringen. Darüber hinaus nimmt er auch die Marktlogik ein, um dem Patienten die Logik hinter dem Vorgehen noch einmal näherzubringen. Die Situation bleibt aber unbefriedigend für den Patienten, da die Krankenkasse zur finanziellen Klärung erst mit einbezogen werden muss und weil der Hausarzt weiter unbenannt bleibt und somit die APB und das Vertrauen in den Behandler nicht weiter beeinflusst werden kann. Es bleibt bei der Überkreuzung der Transaktionen.

Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden außerhalb der ER-ER-Ebene

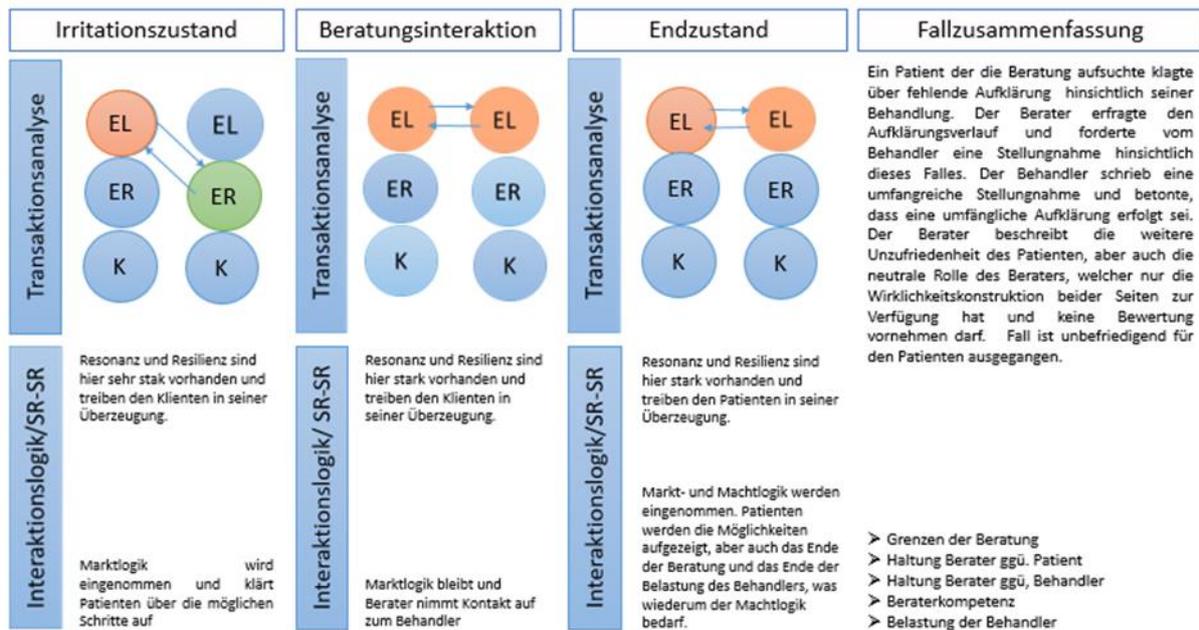


Fall 20

Abbildung 26: Fall 20 – Beispiel 1 komplementäre Transaktionsenden außerhalb der ER-ER-Ebene; (eigene Darstellung)

Das hier vorgestellte erste Beispiel stellt vermutlich einen Fall dar, welcher relativ selten in der Patientenberatung auftaucht, dabei aber das Spektrum der Patientenberatung sichtbar macht. Hier berichtet eine Patientin über die KFO-Behandlung ihres Sohnes, welche eine dauerhafte finanzielle Belastung darstellte und aufgrund dessen abgebrochen wurde. Die Zahnspange war aber noch im Mund des Sohnes, verformte sich nach einiger Zeit und sorgte dadurch auch für Verletzungen im Mund. Der KFO lehnte die Entfernung der Zahnspange ab, da er dafür nicht mehr zuständig sei, sondern der Zahnhausarzt. Der Zahnarzt hätte die Spange entfernt, verlangte für diese Arbeit aber 250 €. Auch diese Summe konnte die Familie nicht aufbringen. Der Berater fand eine unkonventionelle Lösung und bestellte die Patientin mit ihrem Sohn in seine eigene Praxis ein. Laut seinen Angaben hatte er in zehn Minuten Arbeit die Spange entfernt und die Zähne gepflegt. Die emotional belastete Patientin bringt vermutlich eine geringe Resonanz und Resilienz mit in diesen Beratungsfall, da diese auf der einen

Seite dem Belastungsmoment unterliegt und auf der anderen Seite von dem starken Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit betroffen ist. Dies führt zur K/EL Transaktion in diesem Fall. Die EL Haltung des Beraters ist begründet in seiner Haltung, dafür Verantwortung zu übernehmen und eine Klärung herbeizuführen. Deutlich wird auch in diesem Fall, dass das wirtschaftliche Interesse gegenüber der Hilfebeziehung der Behandler im Vordergrund steht. Von der Interaktionslogik her ist der Berater in der Hilfelogik und im Endzustand auch in der Machtlogik, da er die Beseitigung der Störung beim Patienten durchführt.



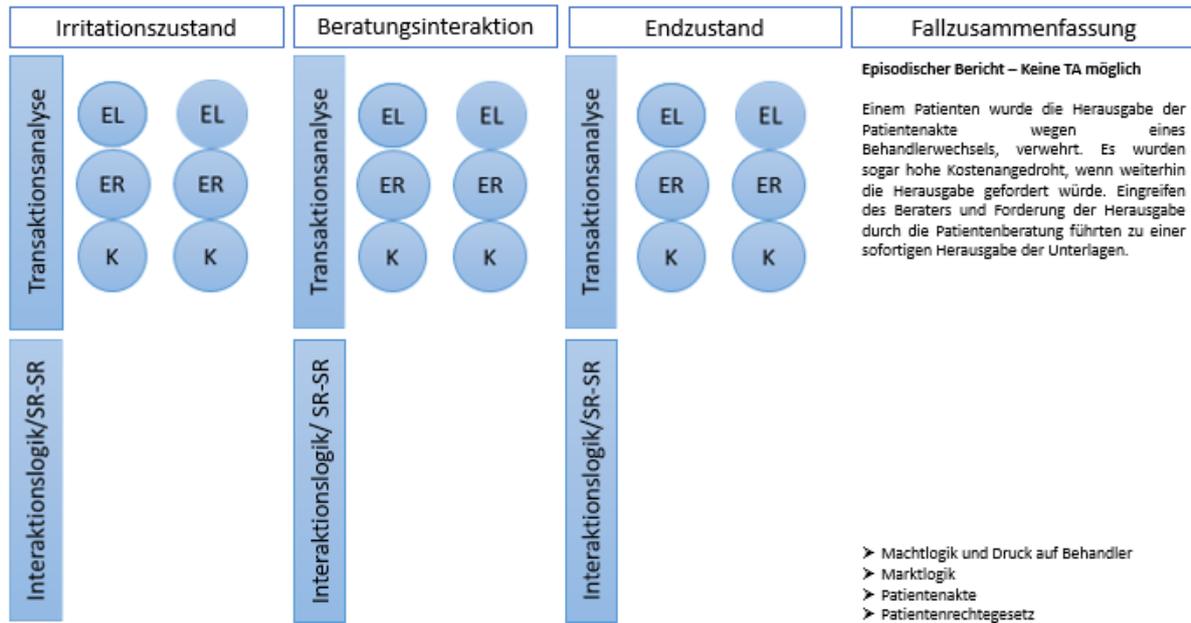
Fall 30

Abbildung 27: Fall 30 – Beispiel 2 komplementäre Transaktionsenden außerhalb der ER-ER-Ebene; (eigene Darstellung)

Das hier vorliegende Beispiel zeigt einen nicht zufriedenstellenden Ausgang für einen Patienten bei der Patientenberatung auf. Der Patient beschwerte sich über die unzureichende Aufklärung seines Behandlers und brachte zusätzlich noch einen umfangreichen Fragenkatalog hinsichtlich seiner Behandlung mit. Der Berater bat daraufhin den Behandler um Stellungnahme, was auch sehr umfangreich erfolgte. Der Berater informierte den Patienten dann darüber, dass er durch seinen Behandler umfangreich informiert wurde. Alle weiteren Fragen, die der Patient noch hatte, wollte er nicht mündlich durch die Beratung beantwortet haben, sondern bestand auf eine schriftliche Beantwortung durch den Behandler. Der Berater verwies darauf, dass der Behandler dazu nicht verpflichtet ist. Abschließend wurde ihm mitgeteilt, dass er einen weiteren Termin bei der Beratung wahrnehmen könne, wenn er doch noch einmal über seine offenen Fragen sprechen wollte.

Episodischer Bericht ohne transaktionsanalytische Auswertung

Wie bereits im Kapitel 5.3.1.1 beschrieben, wurde bei der Fallextraktion zwischen erzählten und berichteten Fällen unterschieden. Dabei wurden nur erzählte Fälle transaktionsanalytisch betrachtet. Berichtete Fälle entsprachen nicht der Textqualität, der es bedarf, um eine Transaktionsanalyse vorzunehmen. Nichtsdestotrotz wurden diese Fälle paraphrasiert und wenn es möglich war, wurden die Themen, die diese Fälle ansprechen (in Anlehnung an die Segmente), benannt, sodass auch diese nicht transaktionsanalytischen betrachteten Fälle einen Einblick und eine Einordnung in das Gesamtgeschehen erlauben.



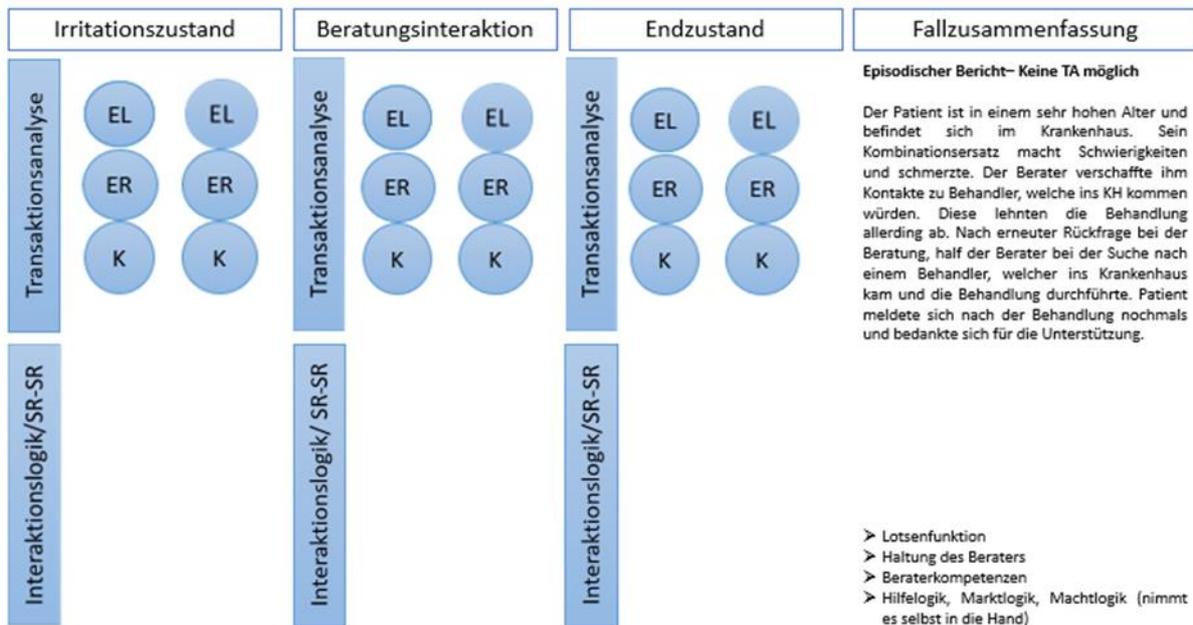
Fall 31

Abbildung 28: Fall 31 – Beispiel 1 Fälle ohne transaktionsanalytische Auswertung (eigene Darstellung)

Der vorliegende Fall beschäftigt sich thematisch mit der Herausgabe einer Patientenakte auf Wunsch des Patienten. Diese Herausgabe wurde aufgrund eines Behandlerwechsels veranlasst und durch den Vorbehandler abgelehnt. Zusätzlich wurden zu dieser Herausgabe noch Kosten für den Patienten benannt, welche er zahlen sollte. Der Berater kontaktierte den Vorbehandler und forderte ihn auf, die Akten kostenfrei an den Patienten herauszugeben. Dies führte zu einer sofortigen Herausgabe der Patientenakte.

Der Berater nahm in diesem Fall in Hinblick auf den Patienten die Hilfe- und die Marktlogik ein, da er Verständnis, Zeit und Raum für die Geschehensrekonstruktion einräumte und dem Patienten dann die notwendigen Informationen für sein Anliegen übermittelte. Zusätzlich kam die Machtinteraktionslogik zum Tragen, als der Berater den Kontakt zum Behandler aufnahm und diesen nicht nur auf sein Fehlverhalten aufmerksam machte, sondern auch die Herausgabe der Patientenakte verlangte. Deutlich wird in diesem Fall die qualitätssichernde Wirkung der Beratung durch das Eingreifen und die Korrektur des Verhaltens des Behandlers. Darüber hinaus tritt der Berater für die Rechte des Patienten ein und setzt diese um, wenn der Patient

der Machtinteraktionslogik des Behandlers unterliegt und somit der emotionalen Belastung des Ausgeliefertseins.



Fall 25

Abbildung 29:Fall 25 – Beispiel 2 Fälle ohne transaktionsanalytische Auswertung (eigene Darstellung)

Das zweite Beispiel ohne transaktionsanalytische Auswertung berichtet von dem Fall eines Patienten, der sich im Krankenhaus aufhielt und dort eine zahnärztliche Behandlung benötigte. Der Berater kontaktierte den Hauszahnarzt des Patienten, der diese Anfrage ablehnte. Im Anschluss unterstützte der Berater den Patienten dabei, einen Behandler zu finden, der die Behandlung im Krankenhaus durchführen würde. Nachdem der Patient seine Behandlung erhalten hatte, meldete er sich bei der Beratung, um sich für die Unterstützung zu bedanken. Bezüglich der Interaktionslogiken nimmt der Berater dem Patienten gegenüber die Hilfe- und Marktlogik ein. Bei der Suche nach einem Behandler nimmt der Berater die Machtlogik ein, da er in diesem Fall eine führende Rolle bei der Beseitigung der Problematik innehat.

Deutlich wird in diesem Fall die Lotsenfunktion innerhalb des Professionsystems. Deutlich werden aber auch die Beraterkompetenzen, da dieser Berater ein empfindsames Gespür dafür zeigt, was der Patient benötigt, was wiederum die Haltung des Beraters bezogen auf den Patienten deutlich macht.

Die Ergebnisdarstellung gibt einen Einblick in die vielschichtigen Ergebnisse der transaktionsanalytischen Fallbetrachtung. Die Analyse zeigt die Besonderheit der Beratung dahingehend, welche Räume in Form von Zeit, Gespräch und Wahrnehmung die Patientenberatung für den Patienten erzeugt. Für die Gesamtheit der Patientenschaft, für die Gesellschaft und die Profession agiert die Beratung als ein qualitätssicherndes Instrument, da kritische Fälle und gar Fehlverhalten innerhalb der Profession bekannt werden und gelöst werden können. Diesen

Metaergebnissen der Beratung stehen noch einer Vielzahl von Bedeutsamkeiten und Besonderheiten für die jeweiligen Adressatengruppen gegenüber, welche im Kapitel 6 noch intensiv diskutiert werden. An dieser Stelle kann allerdings schon auf die genannten Metaergebnisse aufmerksam gemacht werden, da diese einen wesentlichen Bestandteil für ein gesellschaftlich anerkanntes Gesundheitssystem liefern.

5.5.4 Ergebnisse der episodischen Interviews

Die episodischen Interviews wurden nach Kuckartz (2012) inhaltlich strukturierend ausgewertet, was bedeutet, dass das Material induktiv segmentiert wurde, was zur Bildung von Kategorien und Subkategorien führte. Dabei bildeten sich die Hauptkategorien und Subkategorien heraus, die in Abbildung 30 dargestellt sind. Insgesamt wurden fünf Interviews mit Patienten geführt, die die Patientenberatung besucht haben. Der Erzählimpuls wurde durch die Fragen gesetzt, wie es zum Besuch bei der Patientenberatung gekommen ist und was der Patient bei diesem Besuch erlebt hat. Es folgten weitere Fragen zu diesem Besuch, welche sich in einen episodischen Anteil und einen semantischen Anteil am Schluss gliederten. Der Leitfaden mit allen dazugehörigen Fragen können dem Anlage V entnommen werden.

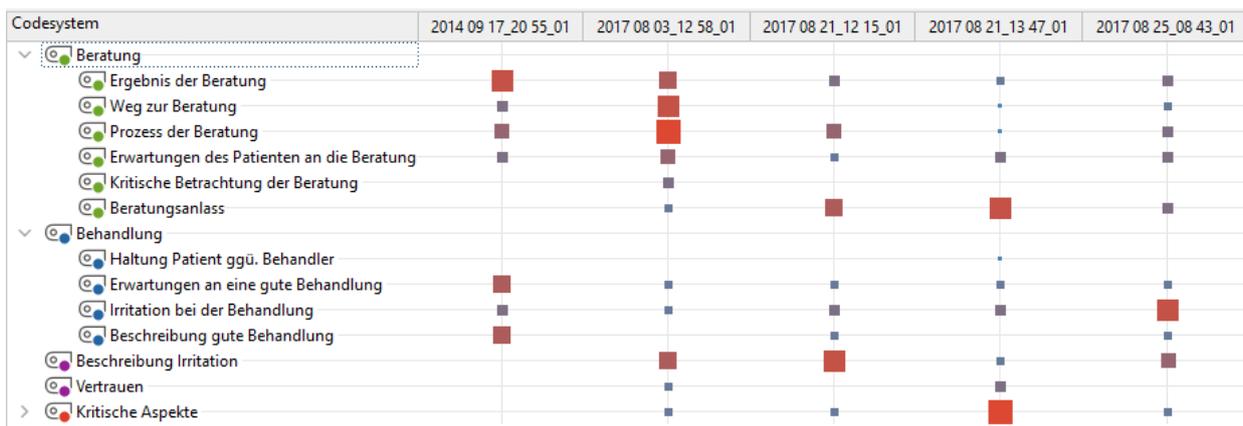


Abbildung 30: Kategoriensystem der episodischen Interviews mit bildlicher Darstellung der Häufigkeiten; (eigene Darstellung)

Wie bereits bei der Vorstellung des Kategoriensystems der Gruppendiskussionen werden im Folgenden jeweils Beispiele der Subkategorien vorgestellt, um ein Verständnis für dieses System zu schaffen.

Die Kategorie Beratung umfasst sechs Subkategorien, welche inhaltlich das Ergebnis der Beratung, den Weg zur Beratung, den Prozess der Beratung, die Erwartungen des Patienten, die kritische Betrachtung und den Beratungsanlass darstellen.

„Was wäre, wenn. (-) Ich bin ja gut beraten. Ich musste weder ein Internet nutzen, das habe ich auch gar nicht, (-) noch irgendwelche Zeitschriften. Es sei denn, dass man sie zufällig bei einer anderen Arztbehandlung auf dem Tisch hatte und da den Artikel, dann vertieft

man sich. Aber nicht äh WILLENTLICH. (--) Ja. (---) Ich (-) hätte das so lange wie möglich hinausgeschoben, wahrscheinlich bis zum, bis zum ähm Bruch oder irgendetwas, und hätte gesagt: Na gut, dann gibt es ja immer noch Notmaßnahmen. Und die kannst du dann in der Leipziger Straße dort, äh irgendwo setzt du dich dahin den einen Tag. Das hätte ich gemacht ohne Beratung. Also ich wäre ziemlich einsam gewesen (--) und ähm (--) unschlüssig. (--) Die Beratung hat mich bestärkt, wie ich Ihnen schon sage, im Folgejahr (-) nun aus steuerlichen Gründen (I: (Lacht.)) das zusammenzupacken. (---).“ (2017 08 03_12_58_01/Segment 47)

„Hm, na ja, dass äh das mir der/ (-) derjenige das eben auch richtig erklärt. Dass, dass der das nicht irgendwo abtut, dass er (-) das auch versteht oder meinen/ meine, meine Sorge irgendwo auch, auch versteht oder mein, mein Anliegen. (I: Ja.) Ja? Nicht so: ‚Das werden Sie schon sehen, was der denn macht‘, oder/ (I: Ja.) Nee. Und mir einfach auch eine andere, eine andere Möglichkeit nochmal aufgetan hat. Ich meine, das, was wir im Endef/ im Endeffekt denn machen, wie es wird, das wird sich ja denn rausstellen. Aber ich weiß zumindest erst nochmal, und äh habe es nicht irgendwo im Internet gelesen. Ich meine, es ist ja doch immer nochmal anders, wenn einem das jemand persönlich (I: Ja.)“ ERKLÄRT. (2017 08 21_13 47_01/Segment 27)

„Und dann ist es// natürlich immer schwierig, wenn man dann zu seinem Zahnarzt gehen MUSS, ja? Äh einerseits vielleicht sagt Ich glaube, da haben Sie irgendwas nicht, nicht richtig gemacht‘, ja? das ist ja hm kein so schönes Gefühl, (I: Ja.) ja? (-) Und da habe ich gedacht: Das ist eigentlich eine ganz gute Sache, (I: Ja.) so.“ (2017 08 21_12 15_01/Segment 21)

Die Kategorie „Behandlung“ hat vier Subkategorien, welche sich inhaltlich mit der Haltung, den Erwartungen, den Irritationen und der Beschreibung der Behandlung befassen.

„Also eine gute Behandlung ist für mich immer auch eine gute Beratung. Dass äh (-) dass jetzt meine Zahnärztin mit mir spricht, was sie macht. Und nicht einfach irgendwo drauflosarbeitet und/ (-)“ (2017 08 21_13 47_01/Segment 39)

„Nein, DAMALS habe ich das nicht/ Nein. Nein, nein. Ich hab das nicht an//gezweifelt, was sie mir da erzählt hat. Also bevor dieser/ mit den 13/ (I: Ja, ja.) Also da habe i/ da habe ich NICHTS angezweifelt, absolut nicht. (-) Ja. Aber es waren wirklich dann so/ diese Extraktionen waren so schlimm jedes Mal. einmal hatte ich ja so eine ganz dicke/ DAS kann natürlich sein und da kann auch ein anderer Zahnarzt sagen: ‚Das ist normal. Oder das kann passieren‘, oder wie auch immer. Aber dann, wenn du dann schon so ein Grundunzufriedenheit HAST und dann kommt noch was dazu und noch was dazu, na, dann baut sich das auf. Und (I: Ja.) dann ist es gut irgendwann“ (2017 08 25_08 43_01/Segment 53)

„Und, und, und NICHT, dass es so ist: ‚So, Sie haben das und das. Dann machen wir mal das, das, das, das.‘ Also das ist so was, was mich dann immer so ein bisschen, na ja, abstößt nicht. Aber äh ich möchte dann auch da drüber mit/ MITreden. Sagen wir es so. (I: Ja.) Ich meine, ich muss drauf verlassen, dass der Zahnarzt äh schon mir die richtigen Fakten sagt und, und eben auch sagt: ‚Das geht nicht anders. (I: Ja.) Das, das tut mir leid, da ist nix anderes möglich.‘ Aber wie gesagt, dass, dass mir dann vielleicht auch gesagt wird: ‚Ja, wir könnten das so machen. Oder wir könnten das so machen.‘“ (2017 0821_12 15_01/Segment 29)

Die Kategorie Beschreibung der Irritation begründet sich ohne weitere Subkategorien.

„Und dann letztendlich, nach wirklich (-) mehreren Extraktionen (-) hat sie mir dann den Kostenvoranschlag vorgelegt. (-) Und die/ das umfasste 13? (--). Also 13 Stellen, 13 Zähne, will ich nicht sagen, weil manches einfach vielleicht bloß verklammert wäre oder so. So. Es WÄREN gewesen 13 Positionen, sagen wir es mal so. Was mir einfach (-) zu viel vorkam. Weil ich mir vorgestellt habe, die LÜCKEN müssten geschlossen werden, die durch diese Extraktionen entstanden sind. Und alles andere war mir etwas SCHLEIERHAFT. Die Erklärung war auch ein bisschen (-) NEBULÖS, die sie dazu abgegeben hat.“ (2017 08 25_08 43_01/Segment 9)

„Da ging es aber auch relativ schnell: DAS und das und das und das. Und dann machen wir das und dann/ Und da war ich so ein bisschen, na, überfordert nicht, aber, (-) ja, ich fühlte mich sehr überrumpelt.“ (2017 8 21_12 15_01/Segment 3)

WEIL (-) mir ging es ja jetzt beim Zahnarzt so, dass ich das Gefühl hatte, es stürmte so viel auf mich ein. Und manchmal hat man dann auch den Eindruck, äh das geht immer so in die Schiene: ‚Na, aber wenn Sie was Besonderes haben möchten, dann müssen Sie das schon selber tragen‘, und so. Und (-) da war ich mir nach diesem ersten Gespräch NICHT ganz sicher, ob das wirklich alles sein MUSS. (2017 08 21_12 15 01/Segment 19)

Auch die Kategorie „Vertrauen“ weist keine weiteren Subkategorien auf.

„Es war nicht die erste Beratung. Sondern die erste Beratung (-) führte ich für meine Frau durch. (--). Sie hat sich nicht getraut. (-) Und zwar in der KZV, (-) vor Jahren. (-) Da ging es nämlich darum, dass ihr (-) therapierender oder nachbehandelnder Zahnarzt zu ihren Implantaten (--). ähm Vorstellungen hatte der Totalerneuerung. (I: Okay.) (-) Und das kam uns sehr WINDIG vor. (--). Daraufhin bin ich dann zur Beratung, (-) mit dem Ergebnis: (4) ‚Wir können Ihnen (-) über Details keine Auskünfte geben. Das kann nur der behandelnde Arzt. Aber wenn Sie (-) der Meinung sind, äh dass Sie das nicht in Anspruch äh nehmen müssen, so wie er Ihnen das vorschlug, (-) dann ähm gibt es noch ein oder zwei Alternativen.‘ Und diese Alternativen (-) habe ich meiner Frau mitgeteilt. Und der behandelnde Arzt ist dann umgeschwenkt

und hat sie (-) alternativ, sage ich jetzt mal, alles/ äh ein bisschen allgemein drücke ich mich aus, aber so war es, behandelt. (-) Das war also (-) die ERINNERUNG an etwas Positives aus der Beratung heraus, allerdings zunächst mal für meine Frau. Ja? Also (-) so, so eine Art Assoziation. Oder sie war MEDIUM im eigenen äh Sinne, ja?“ (2017 08 03_12 58_01/Segment 3)

Die letzte Kategorie in dem hier vorgestellten System ist die der kritischen Aspekte. Sie bringt drei Subkategorien mit sich, die negativen Auswirkungen asymmetrischer Beziehung, die Eskalation der Irritation und die Subkategorie physische Gewalt bei der Behandlung.

„Und mein alter Zahnarzt, der wollte mir damals schon diese Goldfüllung vorne rausmachen und hat gesagt: ‚Machen Sie das endlich raus. Sieht aus wie so ein Russenweib‘“ (2017 08 21_13 47_01/Segment 17)

„Das ist/ (--) Ich meine, wir können dann aufstehen und gehen. Aber wenn der auch anfängt mit Bohren oder so, wenn man irgendwo vorher was besprochen hat, denn muss man sich doch da dran auch halten und (I: Ja.) kann nicht machen, was man, was man SELBER gerade für gut hält. Oder wo man vielleicht auch selber am meisten dran verdient oder so. Ich denke, das ist (--) bei manchen vielleicht/ (--) Ich weiß es //nicht.//.“ (2017 08 21_13 47_01/Segment 67)

„DAHIN. Und hat der gesagt: ‚Na, jetzt sind Sie ja wohl ärgerlich mit mir, oder?‘ Ich sage: ‚Wissen Sie/‘ ich sage: ‚Sie wissen ganz genau, dass ich das nicht möchte.‘ Ich sage: ‚Sie können doch hier nicht machen, was Sie wollen.‘ (I: Ja.) Ich sage: ‚Und äh ich finde, das ist unmöglich. Ich meine, äh ich schicke mein Kind dahin, das hat doch auch irgendwo Vertrauen. Und dann kommt die wieder, ja?‘ (I: Ja.) Ich, ich sage: ‚Wenn es/ Sie können ja bei Ihrem Kind von mir aus ALLE Zähne rausfetzen, das/ Machen Sie, was Sie wollen, aber doch nicht an fremden Kindern. Und (I: Ja.) vor allen Dingen, äh wenn, wenn ich genau weiß, die Eltern sind damit nicht einverstanden.‘“ (2017 08 21_13 47_01)

„UND, ich sage mal, also auch die Art, also wirklich grobe Art. Boah, beim Zähneziehen, da mussten die mir zum Beispiel, (-) einmal, die SCHULTERN nach UNTEN drücken, damit sie oben leichter ziehen konnte.“ (2017 08 25_08 43_01/Segment 33)

Deutlich wird in diesem Kategoriensystem und seinen analysierten Segmenten, dass der Großteil der Kategorien sich auch in dem Kategoriensystem der Gruppendiskussionen wiederfindet. Hierbei kann die Annahme der Validierung der Systeme in den Systemen selbst formuliert werden, da die Kategorien durch die Aussagen zweier unterschiedlicher Adressatengruppen getroffen werden. Das klare Erwartungsspektrum an den Behandler hinsichtlich seiner umfangreichen Aufklärung bezogen auf die möglichen Behandlungswege ist ein hervorstechendes Ergebnis. Der unterstützende Charakter der Beratung wird häufig artikuliert und dass dieser entweder zur Entscheidungsfindung oder zur Navigation im System beigetragen habe. Auffällig bei der Auswertung der Interviews der Patienten ist die

Wahrnehmung des Ausgeliefertseins dem Behandler gegenüber. Dieses Thema kann nur durch eine dritte Instanz wie die Beratung neutralisiert werden, denn allein sind die Patienten dazu kaum oder nur selten in der Lage, was sowohl in der Wissensasymmetrie als auch in der Asymmetrie der Behandlungsbeziehung begründet ist.

5.5.5 Ergebnisse des Fragebogens

Der quantitative Fragebogen schließt den Betrachtungskreis der Adressaten in diesem Forschungsdesign. Neben den Beratern aus den Gruppendiskussionen, den Patienten der Beratungen aus den episodischen Interviews wurden in diesem Schritt noch die Behandler mithilfe des klassischen quantitativen Fragebogens befragt.

1. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Themen in Bezug auf Ihren Berufsstandes?

Anzahl Teilnehmer: 31

	++		+		+/-		-		--		Ø	±
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Qualitätssicherung	16x	51,61	14x	45,16	1x	3,23	-	-	-	-	1,52	0,57
Sicherung der Qualität mein...	26x	83,87	5x	16,13	-	-	-	-	-	-	1,16	0,37
Persönliche Weiterentwickl...	24x	77,42	4x	12,90	3x	9,68	-	-	-	-	1,32	0,65
Reaktion auf gesellschaftlic...	6x	19,35	12x	38,71	12x	38,71	1x	3,23	-	-	2,26	0,82
Verbundenheit mit der Profe...	10x	32,26	15x	48,39	4x	12,90	1x	3,23	1x	3,23	1,97	0,95
Aktives Engagement innerha...	8x	25,81	11x	35,48	9x	29,03	1x	3,23	2x	6,45	2,29	1,10
Fachliche Weiterentwicklun...	26x	83,87	5x	16,13	-	-	-	-	-	-	1,16	0,37
Weiterentwicklung meiner A...	18x	58,06	12x	38,71	1x	3,23	-	-	-	-	1,45	0,57
Kommunikation mit dem Pat...	25x	80,65	6x	19,35	-	-	-	-	-	-	1,19	0,40
Stärkung der Patientenrech...	4x	12,90	11x	35,48	15x	48,39	1x	3,23	-	-	2,42	0,76

2. Wie wichtig ist die Kommunikation mit den Patienten aus Ihrer Sicht für den.....

Anzahl Teilnehmer: 31

	++		+		+/-		-		--		Ø	±
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
..Behandlungsverlauf	23x	74,19	8x	25,81	-	-	-	-	-	-	1,26	0,44
..Behandlungserfolg	22x	70,97	8x	25,81	1x	3,23	-	-	-	-	1,32	0,54

Abbildung 31: Auswertungen zu Frage 1 und 2 des quantitativen Fragebogens

Die erste Frage beschäftigt sich mit der Wichtigkeit der benannten Themen hinsichtlich des Berufsstandes. Deutlich wird, dass die Themen der Qualitätssicherung und Weiterbildung der eigenen Fähigkeiten und der Angestellten im Vordergrund stehen. Themen hinsichtlich der

Profession oder das Engagement innerhalb der professionellen Gemeinschaft werden dabei geringer in der Wichtigkeit und mit den wählbaren negativen Attributen bewertet. Die Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen und die Stärkung der Patientenrechte steht nicht im Vordergrund, sind aber im weniger wichtigen Segment häufiger vertreten. Dies betrifft ebenso die Themen der Profession. Die zweite Frage widmet sich der Kommunikation für Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg. Dabei können relativ homogene Ergebnisse benannt werden von 74 % für Behandlungsverlauf und 70 % für Behandlungserfolg.

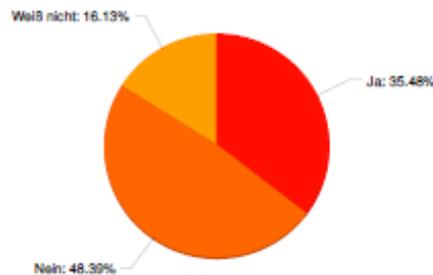
3. Haben Sie den Eindruck, das Ihre Patienten sich mehr Zeit für Kommunikation mit Ihnen als Behandler wünschen?

Anzahl Teilnehmer: 31

11 (35.5%): Ja

15 (48.4%): Nein

5 (16.1%): Weiß nicht



4. Kennen Sie...

Anzahl Teilnehmer: 31

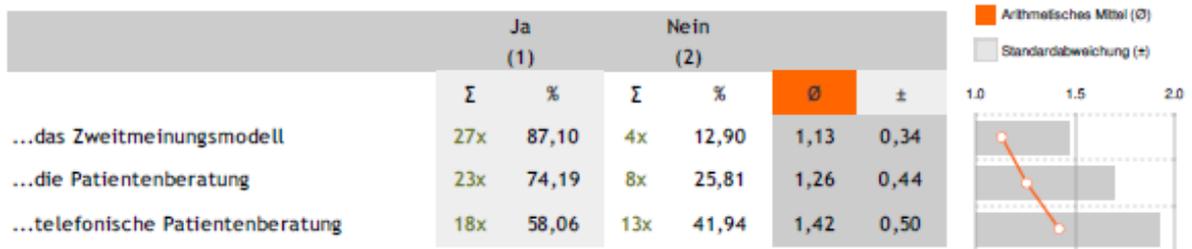


Abbildung 32: Auswertung zu Frage 3 und 4 des quantitativen Fragebogens

Nachdem die Teilnehmenden (n=31) in den ersten vier Punkten mit Fragen nach der Bedeutsamkeit bestimmter Themen hinsichtlich ihres Berufsstandes, der Einschätzung der Kommunikation für Behandlungsverlauf und -erfolg und der Einschätzung, ob Patienten sich mehr Kommunikation wünschen, konfrontiert wurden, widmete sich der vierte Punkt der Befragung der Frage danach, ob der Behandler dem Patienten die Beratung empfehlen würde.

Würden Sie Ihren Patienten die Patientenberatung empfehlen?

Anzahl Teilnehmer: 31

13 (41.9%): Ja

6 (19.4%): Nein

12 (38.7%): Weiß nicht

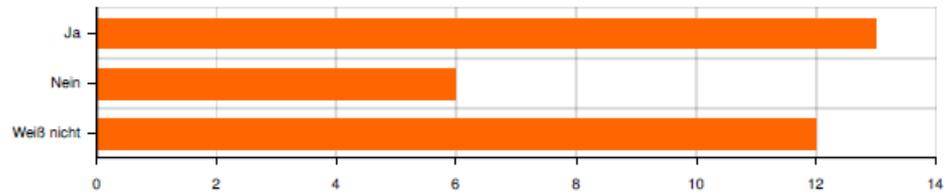


Abbildung 33: Auswertung zu Frage 5 des quantitativen Fragebogens

Im Ergebnis wird eine gewisse Ambivalenz bei dieser Frage deutlich, denn der Anteil derer, die die Beratung empfehlen würden ($n=13$), ist nur geringfügig höher als die Antwort „Weiß nicht“ ($n=12$). Dies spiegelt auch die Einstellung der Behandler aus dem Gruppendiskussionsmaterial wider. Einerseits sind die Behandler zumeist dankbar, wenn die Beratung interagiert und ggf. auch den Behandler mit berät, was zur Verbesserung der APB führen kann. Andererseits sind einige Behandler auch unschlüssig, ob die Ausweitung des Behandlungsverhältnisses in Form der Beratung nicht auch das Abgeben einer Aufgabe darstellt, die zum Arbeitsfeld der Behandler gehört. Ein klares „Nein“ wurde von sechs Personen ausgewählt. Auch in den folgenden drei Fragen wird diese Ambivalenz weiterhin deutlich.

Die Abb. 34 zeigt die Antworten zu Frage 6 bis 8 des Fragebogens. Der Abbau von Unsicherheiten und Ängsten und das Beantworten von offenen Fragen kann durch die Beratung abgebaut werden, sagen 73,9 % ($n=23$) der Befragten. Allerdings sagen auch 38,7 % ($n=12$) der Befragten, dass die Beratung nichts zum Behandlungserfolg beitragen würde und 35,5 % beantworten diese Frage mit „Weiß nicht“. Darüber hinaus beantworten 65,2 % der Befragten mit „Ja“, dass die Beratung bei Konflikten zwischen Behandler und Berater helfen kann.

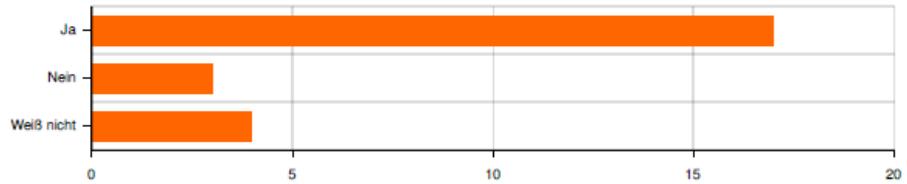
6. Denken Sie die Patientenberatung kann helfen offenen Fragen, Unsicherheiten und Ängste bei den Patienten abzubauen?

Anzahl Teilnehmer: 23

17 (73.9%): Ja

3 (13.0%): Nein

4 (17.4%): Weiß nicht



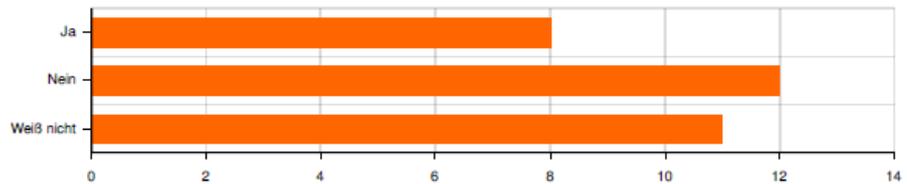
7. Denken Sie, dass die Patientenberatung für den Erfolg Ihrer Behandlung etwas beitragen kann?

Anzahl Teilnehmer: 31

8 (25.8%): Ja

12 (38.7%): Nein

11 (35.5%): Weiß nicht



8. Denken Sie, dass die Patientenberatung bei Konflikten zwischen Behandler und Patient helfen kann?

Anzahl Teilnehmer: 23

15 (65.2%): Ja

2 (8.7%): Nein

6 (26.1%): Weiß nicht

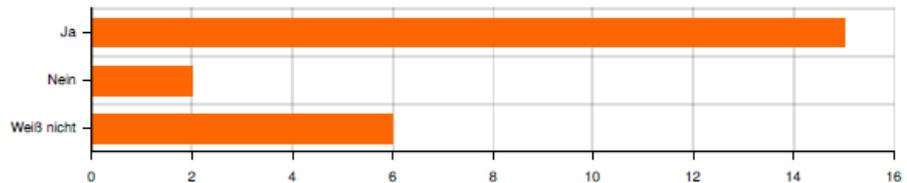


Abbildung 34: Auswertungen zu den Fragen 6, 7, 8 des quantitativen Fragebogens

Mit Blick auf die Gesamtheit eines Behandlungsprozesses kann die Annahme formuliert werden, dass alle hier aufgeführten Aspekte einen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Wenn also Ängste und Unsicherheiten durch die Beratung abgebaut werden, kann vermutet werden, dass dies auch dazu beiträgt die Behandlung erfolgreich weiterzuführen. Stellt man diese 38,7 % (n= 31) der Antwort „Nein“ dem „Ja“ von Frage 8 mit 65,2 % (n=15) gegenüber, lässt sich auch hier die Annahme formulieren, dass wenn die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch die Beratung unterstützt, wiederhergestellt oder verändert wird, dies ggf. auch Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf vermuten lässt.

9. Bewerten Sie die Patientenberatung als ein Sinnvolles Instrument für...

Anzahl Teilnehmer: 23

	Ja (1)		Nein (2)		Weiß nicht (3)		Ø	±
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
..den Patienten	19x	82,61	2x	8,70	2x	8,70	1,26	0,62
..den Behandler	10x	43,48	5x	21,74	8x	34,78	1,91	0,90
..die Profession	14x	60,87	4x	17,39	5x	21,74	1,61	0,84
..die Gesellschaft	9x	39,13	5x	21,74	9x	39,13	2,00	0,90

Abbildung 35: Auswertung zu Frage 9 des quantitativen Fragebogens

Die neunte Frage (n=23) widmet sich der Einschätzung der Befragten, wie sinnvoll das Instrument der Beratung für bestimmte Adressaten sei. Mit 82,61 % werden dabei die Patienten benannt, aber mit 69,87 % auch die Profession. Die am häufigsten genannte Kategorie bei den Antworten „Nein“ und „Weiß nicht“ sind an dieser Stelle die Behandler und die Gesellschaft.

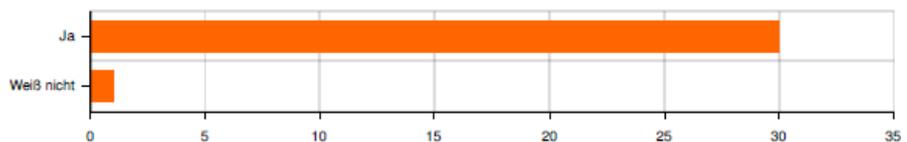
10. Wenn Ihre Patienten die Patientenberatung aufsuchen, würden Sie sich wünschen, das diese Ihnen davon berichten?

Anzahl Teilnehmer: 31

30 (96.8%): Ja

- (0.0%): Nein

1 (3.2%): Weiß nicht



11. Alles in allem, kann die Patientenberatung das Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen und den Patienten...

Anzahl Teilnehmer: 31

	ja (1)		eher ja (2)		weiß nicht (3)		eher nein (4)		nein (5)		Ø	±
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
..stärken	4x	12,90	11x	35,48	7x	22,58	8x	25,81	1x	3,23	2,71	1,10
..schwächen	1x	3,33	11x	36,67	6x	20,00	10x	33,33	2x	6,67	3,03	1,07



Abbildung 36: Auswertung zu den Fragen 10 und 11 des quantitativen Fragebogens

Die Abbildung zur Auswertung von Frage 10 (n=31) zeichnet ein klares Bild von dem Wunsch der Behandler, darüber informiert zu werden, wenn die Patienten die Beratung besucht haben. Nicht so deutlich zeichnet sich die Auswertung zu Aufgabe 11 ab. Ob die Patientenberatung die APB stärken oder schwächen kann, zeigt sich in der Auswertung zur

Frage 11 besonders im Bereich „Eher ja“ interessanterweise durch das mengenmäßig gleichwertige Ergebnis von jeweils elf Nennungen. Dabei kann hier die Annahme formuliert werden, dass der Sinn der Beratung innerhalb der Profession selbst nicht klar formuliert wurde, oder aber auch, dass die Teilnehmenden des Fragebogens ggf. bereits mit Patienten zu tun hatten, deren Besuch bei der Beratung diese Auswirkung zeigte.

Die Abb. 37 zeigt die Freitextangaben der Teilnehmenden, welche in Punkt 12 des Fragebogens möglich waren unter der Einleitung der Frage, dass dort Wünsche an die Patienten geäußert werden durften (Utopiephase der Befragung). Dabei werden Wünsche nach einer Veränderung von Abrechnungsbestimmungen und einer besseren Einordnung von Beratung geäußert. Von den Patienten wird sich gewünscht, dass diese nicht Verunsicherungen unterliegen und Vertrauen in ihren Behandler haben, aber auch Themen wie weniger Bürokratie und einfachere Wege bei und mit den Vorgängen der Krankenkasse sind Teil der hier geäußerten Wünsche der Behandler.

Ab der Frage 13 werden soziodemografische Daten erhoben sowie Daten zum Berufsstand. Die Auswertungen zu Frage 13 zeigen die Verteilung von 12 (38,7 %) Frauen und 19 (61,3 %) Männern auf. Die Auswertung zu Frage 14 zeigt die Postleitzahlen der Teilnehmenden der Befragung auf. Die Auswertungen zu Frage 15 zeigt die Verteilung hinsichtlich der Dauer der Tätigkeit als Zahnmediziner auf. Hierbei arbeiteten 61,3 % über 20 Jahre, 22,6 % zwischen 10 bis 20 Jahren, 12,9 % zwischen 3 bis 10 Jahren und 3,2 % weniger als 3 Jahre als Zahnmediziner. Hinsichtlich der Struktur der Praxis antworteten die Teilnehmenden, dass 54,8 % in Einzelpraxen tätig sind, 22,6 % als Berufsausübungsgemeinschaft, 16,1 % als angestellte Zahnmediziner und 6,5 % haben in diesem Item „Sonstiges“ angegeben.

12. Wenn Sie sich im Hinblick auf Ihre Patienten etwas wünschen dürften was wäre das?

Anzahl Teilnehmer: 15

- dass Beratung angemessen in BEMA aufgenommen wird. So wie es ist, muss man die Beratungen im Preis der Arbeit verstecken, damit erscheint mitunter der Preis für die Arbeit sehr hoch. Aber es lohnt sich trotzdem. Auch obwohl ich manchmal 2 Mal 30-40 Min beraten muss. meinkalkulierter std Lohn muss bei ca 450 Euro liegen. Es lohnt sich aber die Zeit in Anspruch zu nehmen.
- weniger auf Krawall gebürstet zu sein. Diffamierung in sozialen Netzwerken (z.B. Facebook, Jameda u.a.) von Ärzten ist leider ein zunehmendes Problem aus meiner Wahrnehmung, obwohl objektiv betrachtet wahrscheinlich der weit überwiegende Teil der Patienten mit unserer Arbeit sehr zufrieden ist...
- Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen.
Konstruktives Patienten-Feedback.
- Weniger Verunsicherung durch die Medien
- Eigentlich habe ich die Patienten, die zu mir passen. Da ich seit Jahrzehnten die Patientenberatung außerordentlich ernst nehme, habe ich auch nahezu keine Probleme; selbst bei Misserfolgen gibt es äußerst selten ein Problem. Meine Patienten sind es von Klein auf gewohnt, dass ich alle (!) erläutere. In allen Gebieten unserer Profession gibt es Alternativen, die genau erläutert werden.
Am Schluss hat der Patient immer (!) die Entscheidung über die Therapie.
Damit ist es mir gelungen, nahezu alle aufkommenden Konflikte beilegen zu können.
(Sie, Frau Wagner, dürfen selbstverständlich bei mir nachhaken!)
- Mehr Eigeninitiative in allen Belangen wie:
sich informieren über zahnmedizinische Krankheitsbilder,
Zahn- und Mundhygiene
Unklarheiten offen ansprechen und nach einer Zweitmeinung fragen
- Bessere Kostentransparenz für Kassenversicherte, bessere Finanzierung der Erwachsenenprophylaxe.
- Reduktion der Merkantilisierung, sowie den Abbau von mißtrauen durch gesellschaftliche Akteure
- unvoreingenommen informierte Patientinnen und Patienten sind mir am liebsten. Leider sind viele "Informationen" im Netz kontraproduktiv, deshalb braucht es kompetente Instanzen, die dies übernehmen. Dafür kommen als Organisator nur die Kammern in Frage.
- dass sie klarer formulieren:
was sie sich konkret wünschen,
was für Fragen noch offen sind,
was für Zweifel sie haben.
- In schwierigen Versorgungssituationen ein Gremium (mehrere Zahnärzte) die eine Versorgungsmöglichkeiten erarbeiten.
- wünschenswert wäre:
 - mehr Zeit für die Beratung zu organisieren, um auch komplexe Situationen den Patienten zu erläutern um damit die Compliance zu erhöhen
 - mehr Geduld auf Patientenseite bei umfangreichen Behandlungen
- Das die Krankenkassen mehr Geld für Zahnbehandlungen bereitstellt. Zzt. sind es unter 4% der Beitragseinnahmen. Zum Vergleich werden ca. 35% für die Eigenverwaltung ausgegeben. Das führt im Moment zu hohen Eigenbeteiligungen des Patienten, wenn er eine qualitativ hochwertige und nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft mögliche Behandlungsvariante wählt. Viele Zahnärzte werden gezwungen minderwertige Qualität abzuliefern, wenn der Patient nicht bereit ist, aus eigener Tasche dazuzuzahlen.
- Keine jährlichen Bonusstempel ohne dass eine Sanierung erfolgt.
Unterstützung prophylaktischer Maßnahmen seitens der KK...ganzjährig...
- Weniger Bürokratie
Mehr Unterstützung bei Themen wie Sicherheit der Daten bei Telematikinfrastruktur.
Überarbeitung des Bema und Goz Leistungskataloges Stand 21. JHD.
Günstigere Zahnpflegeprodukte
Mehr Ernährungswissen ab dem Kleinkindalter.
Gesund bleiben.

Abbildung 37: Auswertungen zu Frage 12 des quantitativen Fragebogens

5.6 Methodische Grenzen und Methodenkritik

Dass Gruppendiskussionen in ihrem Ergebnis Wirklichkeitskonstruktionen der Teilnehmenden erzeugen und diese nicht nur abbilden, sondern auch rekonstruktiv wirksam werden und eine gestalterische Wirkung erzeugen, wurde bereits in Kapitel 5.2.1 näher erläutert. Im Sinne der Hermeneutik stehen die Kommunikation und die sich anschließende Interpretation im zentralen Interesse, werden aber tangiert von den Kriterien und Grenzen der Methode selbst. So auch bei der Gruppendiskussion als Methode. Dabei argumentiert Bohnsack (1991) unter Bezugnahme auf Habermas, dass die Wertigkeit der Rekonstruktion von der Schwäche der Methode selbst abhängt und die Intersubjektivität leide. Gefordert wird eine Interkorporation des Forschers in das zu erforschende System, also ein tiefes Eintauchen in das Forschungsfeld selbst, um die Stellung des soziologischen Laien im System möglichst entgegenzutreten zu können, damit eine Parallelität von Verstehen und Erklären erzeugt werden kann. Dies steht wiederum in der Kritik der objektiven Hermeneutik, da generalisierbare und individuelle Deutungsmuster in diesem Ansatz der klassischen Hermeneutik nicht abbildbar seien, wie Bohnsack (1991) argumentiert. Zur Abbildung latenter Bedeutungen und sozialer Sinnstrukturen bedarf es neben der Interkorporation objektiver Beobachtung (ebd.).

Objektive und messbare Daten liefert der in diesem Ansatz ebenfalls eingesetzte quantitative Fragebogen, der aber ebenfalls einige kritische Anwendungsproblematiken mit sich bringt. Nach Schwarz (2000) argumentiert durch die Schaffung eines Tatbestandes im Fragebogen und der etwaigen Bestätigung des Teilnehmenden in der Befragung fände eine „Verdopplung der Realität“ statt, was wiederum Bestehendes stabilisiert und keinen Entdeckungscharakter mit sich bringt, wie es beispielsweise die qualitative Forschung anböte. Weiterhin argumentiert Schwarz (2000), sei es für den Betrachter nicht rekonstruierbar, welchen Einfluss der Forscher in diesem Fall auf den Fragebogen hat, also ob wirklich intersubjektive Kriterien eine Rolle spielen. Die Abbildung der Lebenswelt der Befragten stellt in der quantitativen Forschung ebenfalls keinen Faktor dar, der eine Berücksichtigung und Umsetzung findet. Das Instrument selbst erhebt begrenzte Daten und es bedarf zusätzlicher methodischer Triangulationen zur Erhöhung der Wertigkeit der Aussagekraft.

Das episodische Interview wurde in diesem Forschungsvorhaben angewendet, um eine weitere Adressatengruppe des Forschungsfeldes abbilden zu können. Flick (2011a) argumentiert bei den Grenzen dieser Methode, dass es nicht immer gelänge, den Stimulus dahingehend auszurichten, dass der Interviewpartner wirklich zur Wiedergabe von Erzählungen eingeladen wird, sondern eher von Situationen berichtet, die im Kontext einer Episode stehen, aber nur ein Segment daraus abbilden. Weiterhin ist es auch bei dieser Methode der Fall, dass der lebensweltliche Hintergrund, also die Erfahrungen, der Wissensbestand und weitere Faktoren, unerforscht bleiben und nicht mit in die Auswertungen einfließen können.

Das von Berne in den 70er-Jahren entwickelte Modell der Transaktionsanalyse ist in der Psychotherapie ein nicht unbekanntes und in seiner Wirksamkeit untersuchtes Modell, wie Elbing et al. (2015) in ihren Ausführungen beispielhaft aufzeigen. Allerdings wird der Transaktionsanalyse oftmals der wissenschaftlich anwendbare Charakter als Forschungsmethode bzw. die Wirksamkeit außerhalb therapeutischer Kontexte vorgeworfen. Tatsächlich erhielt die Transaktionsanalyse in den vergangenen Jahren mehr Aufmerksamkeit im Bereich des Coachings und der Personal- und Organisationsentwicklung, wie Mohr (2022) deutlich macht. In der Anwendung als Erhebungsmethode mit erkenntnistheoretischem Interesse liegen derzeit keine Informationen über weitere im deutschsprachigen Raum, neben dieser hier vorliegenden, vor. Lediglich Nowak (2011) beschäftigte sich in seiner Dissertationsschrift mit der Untersuchung der Wirksamkeit von TA-Ausbildungen und kam zu der Erkenntnis, dass die Wirksamkeit von Transaktionsanalyse zu bestätigen sei, wobei er diese nicht als Erhebungsinstrument nutzte.

Deutlich wird in den vorangegangenen Betrachtungen hinsichtlich der Grenze und Kritik der angewendeten Methoden, dass jede Methode selbst und für sich in ihrer Wirksamkeit begrenzt ist und eine kritische Betrachtung zulässt. Um diesen aufgezeichneten Dilemmata aus dem Wege zu gehen, wurde das Forschungsvorhaben basierend auf den Gruppendiskussionen gewählt und dann einer umfänglichen Triangulation unterzogen. In der Gesamtschau kann dem Vorhaben sicherlich ein hoher Grad an Interkorporation vorgeworfen werden, welcher aber durch die Kodierung, Fallanalyse, episodische Interviews und den quantitativen Fragebogen, also durch die Triangulation, Auswertungsmuster entgegengesetzt wurden, um sowohl latente Bedeutungen und soziale Sinnstrukturen möglichst objektiv und intersubjektiv abbilden zu können.

III. Teil Synthese der Erkenntnisse und Ausblick

6. Ergebnisse, Diskussion und Fazit

6.1 Zusammenführung der Ergebnisse

Die in der vorliegenden Arbeit formulierten Forschungsfragen zielen vornehmlich auf eine grundlegende Beschreibung und Erkenntnis hinsichtlich der fundamental beschreibenden Momente der Patientenberatung, da dieser Bereich bislang wenig untersucht und beschrieben wurde.

Die erste Frage, die hier formuliert wurde, richtet den Fokus auf die Bedeutsamkeit der Patientenberatung allgemein und ist bezogen auf die Situation des Klienten. Die Bedeutsamkeit allgemein lässt sich durch alle eingesetzten Forschungsmethoden abbilden. Dabei lässt sich das Thema „Vertrauen“ als eine Hauptdeterminante beschreiben. Die Beratungsleistung innerhalb der Profession öffnet die dyadische APB und erweitert diese. Durch die Zunahme der Komplexität innerhalb der Behandlungen ist dies eine komplexitätsreduzierende Maßnahme, welche ebenfalls Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis bezogen auf den Behandler und die Profession mit sich bringt. Luhmann (1973) beschreibt diese Reduzierung der Komplexität als das Erleben der Verschiebbarkeit von Grenzen durch eine Selbstbeweglichkeit. Diese Selbstbeweglichkeit eröffnet Erlebnismöglichkeiten, die die Komplexität verringern und eine vertraute Welt erschafft. Diese vertraute Welt ermöglicht dann die Bewegung im vertrauten Raum und auch das Überschreiten in die unvertraute Welt. Die vertraute Welt und damit die Vertrautheit ist somit eine in der Vergangenheit verankerte Wahrnehmung. Daraus resultiert Erwartbares für die Zukunft, da die Gestaltung der Vergangenheit erfolgreich vollzogen wurde. Die Vertrautheit selbst schafft wiederum Raum für die Selbstbeweglichkeit in der Zukunft, wobei davon ausgegangen werden kann, dass die vertraute Welt sich in der Zukunft wiederholen kann. Es bedarf dabei immer wieder Stabilisierungen innerhalb dieser beiden Systeme. Diese Stabilisierung liefert die Patientenberatung, da das Unverständnis, die Unsicherheit und die Ängste, also die Irritation aus der Behandlung, aufgenommen und abgebaut werden können. Dies stellt die Komplexitätsreduzierung dar, welche Bedingung für die Bildung von Vertrautheit ist und Vertrauen für die zukünftige Behandlung und in die Profession selbst ermöglicht. Dieser Aspekt des Schutzes des Patienten durch die Bearbeitung von Krisen und Irritationen durch die Komplexitätsreduzierung durch die Beratung und die Bildung von Vertrauen in die Profession selbst findet sich sowohl im interaktionistischen Ansatz von Schütze 1996 zitiert nach: Mieg (2003) als auch im Professionsverständnis von Oevermann (2017) wieder. Die Patientenberatung konstituiert sich also als Schutzraum für die Patientenschaft durch die Beratung von Professionsinhabern mit dem Ziel, die Behandlungssituation zu erhalten. Diese Herleitung beschreibt zugleich die Bedeutsamkeit der Beratung für den Klienten. Der Abbau der Komplexität aufseiten des Klienten und das Ziel des Erhaltens der Behandlungssituation bedeutet für den Klienten das Verbleiben innerhalb der

Profession und das Lösen der Situation ohne wirtschaftliche Auswirkungen bezogen auf entstehende Kosten durch die Schlichtung außerhalb der Profession. Weiterhin bedeutet die Beratung für den Patienten die Verteilung von Verantwortung. Charles et al. (1999) beschreiben im SDM, dass die Schaffung eines Austauschraumes und die Möglichkeit zur Verteilung der Verantwortung dazu beitragen, das Gefühl von Alleinigkeit und Überforderungen zu reduzieren, die Potenziale eröffnen, eigene Ressourcen entdecken und nutzen zu können. Dabei werden in diesem Beratungsprozess Gespräche ermöglicht, welche im Sinne von Buber (1999) das Ziel verfolgen, die Realität des Klienten als Wahrheit zu betrachten und eine Antwort zu erzeugen, im Sinne der helfenden Beziehung, welche sich in der Professionstheorie als gegenseitige Abhängigkeit von Hilfesuchendem und Helfendem konstituiert (Biller-Andorno et al. 2021; Dick 2016; Beauchamp 2021).

Durch die Untersuchung wird weiterhin deutlich, dass diese Abhängigkeit zwischen Helfendem und Hilfesuchendem in einer asymmetrischen Haltung definiert ist. Diese Asymmetrie begründet sich in der Experten-Laien-Beziehung, wobei Wissen und Vertrauen wechselseitig ausgetauscht werden (Begenau et al. 2010). In dieser Asymmetrie kann gelingende empathische Kommunikation erzeugt werden, welche auf Vertrauen basiert, Resonanz herstellt und Resilienz entwickelt und somit einen ganzheitlichen Prozess initialisiert, was weiterhin auch als ein Empowermentprozess bezeichnet werden kann. Der doch inflationär benutzte Ausdruck des „mündigen Patienten“ findet in der beschriebenen Asymmetrie seine Begründung und nicht in einer symmetrischen Beziehung, wie es oftmals populär gefordert wird.

Die transaktionsanalytische Betrachtung brachte darüber hinaus die Erkenntnis, dass gelingende Kommunikation nicht in einer für den Klienten erfolgreichen Beratung begründet sein muss. Gekreuzte und komplementäre Transaktionen außerhalb der ER-ER-Ebene sorgen trotz der Endsituation dafür, dass dem Patienten alle Informationen zur Verfügung gestellt werden, damit er seinen Irritationsprozess auf Basis von Wissen und nicht Annahmen begründen und dann die für ihn notwendigen weiteren Schritte einleiten kann, denn auch diese Klienten werden unterstützt, ihren Autonomieraum zu erweitern, statt mit ihrer Irritation und ggf. auch Frustration alleingelassen zu werden. Auch hier kann der Bezug zur Teilung der Verantwortung geschaffen werden, um Überforderung zu vermeiden und Widerstand abzubauen. Es spricht für die Wahrnehmung der Verantwortung der Profession, wenn auch die Fälle gleichwertig betrachtet werden, welche auch nach einer beratenden Intervention eine weitere Schlichtung oder Regelung bedürfen, ggf. auch einer gerichtlichen. Neben dieser Verantwortungsübernahme können an dieser Stelle auch Bourdieu (2015) und Krämer (2019) herangezogen werden. Die Autoren führen an, dass einseitig eingesetzte Sprache ein Machtinstrument darstellen könne. Wenn Sprache hingegen im Diskurs geführt wird, könne Vernunft und Konsens erzeugt werden. Im Kontext der APB kann aus der Datenanalyse angeführt werden, dass durch die zeitliche/wirtschaftliche Begrenzung (Arzt) und die durch die intime Offenbarung (Patient) etwaig ausgelöste emotionale Belastung die Sprache in der Behandlungssituation eben einseitig, durch den Behandler, eingesetzt wird und somit beim

Patienten das Gefühl des Ausgeliefertseins, also die Konfrontation mit einer Machtinteraktion, erzeugt werden kann. Wobei dem Behandler die Machtausübung nicht unterstellt werden kann, denn das Behandlungssetting und die Rahmenbedingungen erzeugen in der Regel diese Bedingungen. Die Patientenberatung löst diese Machtinteraktion durch die Faktoren des dialogischen Prinzips durch Wahrnehmung, Anerkennung und Würdigung auf (Buber 1999) und initialisiert eine wechselseitige Interaktion, was zur Herstellung von Vernunft und Konsens beiträgt.

Die zweite Frage legt den Fokus auf die Beschreibung der Besonderheiten für die Arzt-Patienten-Beziehung. Die durch Rituale und Traditionen gerahmte Konsultation begründet sich in Form einer Inszenierung, wobei Arzt und Patient Erwartungen an diesen Austausch formulieren (Jonitz 1999). Dabei beschreibt Jonitz (1999) die Inszenierung als notwendigen Faktor in der gelingenden Behandlung und meint dabei die historisch gewachsenen Verhaltensmuster und Erwartungen an eine Behandlung. Diese können als Ausstattungsmerkmale in der Praxis und beim Personal als Verhaltensweisen in und bei der Behandlung, im Umgang mit Dokumenten beschrieben werden. Aufseiten des Patienten sind es das Verhalten zur Vorbereitung auf einen Arztbesuch, Verhalten und Kommunikation in der Praxis und während der Behandlung als auch gesellschaftliche Reaktionen bezogen auf eine Behandlung. Dabei steht die Schaffung eines Raumes für Austausch mit ausreichend Zeit oftmals ökonomischem Druck gegenüber, der die Behandlung maßgeblich beeinflusst, da dieser als bedeutendste Folge zeitlichen Druck erzeugt. Dies steht im Widerspruch zu der Anforderung an eine gelingende Behandlung, welche Zeit als ein Qualitätsmerkmal benennt. Ein weiteres Spannungsfeld kann hinsichtlich der Entscheidungsmacht des Behandlers konstatiert werden, da diese Entscheidungsmacht eine Positionierung des Patienten auf dem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit formuliert. Doch auch die Entscheidung unterliegt wiederum einem ökonomischen Druck, da die Diagnostik in der Regel therapeutische Maßnahmen mit sich bringt und somit Kosten verursacht. Zusätzlich unterliegt die APB Erwartungen im Hinblick auf die veränderten Anforderungen, welche durch den Wandel von der patriarchalen Behandlung hin zur partnerschaftlichen partizipativen Behandlung geprägt ist (Donner-Banzhoff 2012; Jacob und Walther 2016). Nach der Erhebung von Floer et al. (2004) wünschen sich Mediziner eine gemeinsame Entscheidung hinsichtlich der zu verordnenden therapeutischen Maßnahmen zur Heilung oder Linderung. Diese gemeinsame Entscheidung liegt aber begründet in der Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis, welche häufig durch ökonomische Zwänge und damit zeitlichen Restriktionen nicht erreicht werden kann (Bühning 2000). Die Forderung, sich zu informieren, mündig zu sein und bei Entscheidungen mitwirken zu können, wird dann an den Patienten weitergetragen. Das Spannungsfeld weitet sich also auf die Patientenschaft aus, begründet damit weitere Irritationen in der APB und widerspricht somit den Forderungen des SDM bzw. PEFF. Aufseiten des Patienten ist die emotionale Belastung durch z. B. Unsicherheit bis hin zur Angst vor der Behandlung ein noch unzureichend betrachteter Aspekt in der Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens einer Behandlung. Die emotionale Situation verändert sowohl die Kommunikationsfähigkeit als auch das Verhalten des Patienten innerhalb der Behandlung

(siehe dazu Abb. 38). Deutlich wird hierbei, dass der Grad der Partizipation von der emotionalen Belastung und von der gesundheitlichen Situation des Patienten abhängig ist.

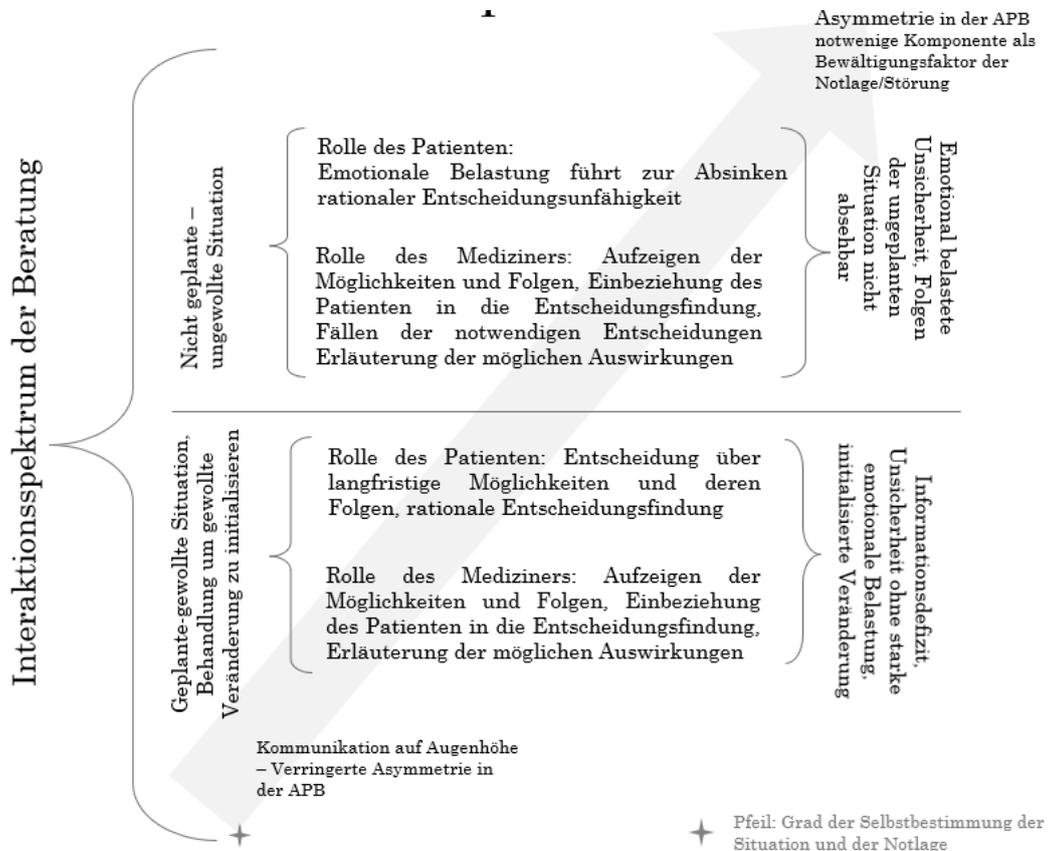


Abbildung 38: Darstellung der Entscheidungsfindung der APB, bezogen auf die emotionale Belastung und den Grad der Notlage; (eigene Darstellung)

Die Ergebnisse der hier vorliegenden Arbeit beschreiben die Patientenberatung bezogen auf die APB als eine Erweiterung der dyadischen Beziehung. Diese Erweiterung in Form eines professionsinternen Beraters, eines Raumes und Zeit, übernimmt durch wachsende Einflüsse auf das Behandlungsverhältnis reduzierte Gelingensbedingungen einer Behandlung und bietet sie, in der Erweiterung, durch die Beratung der Patientenschaft an. Wissensvermittlung, Erwartungsabgleich und der Abbau von emotionalen Belastungen können, wie aus der transaktionsanalytischen Betrachtung und der inhaltlichen Segmentierung hervorgeht, Ergebnis der Beratung sein. In die theoretische Rahmung können diese Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven eingeordnet werden. Die durch die Behandlung entstandene Irritation lässt sich z. B. nach Rogers (2020), Rosa (2020) und Rosenberg (2015) als ein Zustand der Entfremdung beschreiben. Diese Entfremdung konstatiert sich einerseits durch entfremdende Kommunikation, die durch moralische Zuschreibungen, implizite Vergleiche, Verurteilungen und das Leugnen von Verantwortungen geprägt ist, und begründet sich dann in der Entfremdung nach Rosa (2020) in der indifferenten Beziehung der Beteiligten untereinander. Rosa (2020, S. 306) benennt diesen Zustand der Entfremdung auch als

„Beziehung der Beziehungslosigkeit“, in deren Folge das Gesagte „unhörbar“ und „nichtssagend“ wird (S. 307).

Eben diese Zustandsbeschreibung definiert die Situation der Patienten sehr treffend, welche sich nicht ausreichend aufgeklärt fühlen. Sie begründen dann, dass der Behandler dies so nicht gesagt habe, und argumentieren, dass sie bestimmten Vorschlägen nicht zugestimmt hätten. Die Entfremdung hat sowohl inneren als auch äußeren Widerstand zur Folge, welcher sich durch eine Einschränkung und Schließung der Kommunikation zeigt und das Vermeiden des Kontaktes mit sich bringt. Da eine medizinische Behandlung aufgrund der beschriebenen unterliegenden Zwänge nicht darauf ausgelegt ist, um intensive kommunikative Prozesse einzuleiten, bedarf es an dieser Stelle der Öffnung der dyadischen Beziehung zur Reaktivierung der Resonanz und somit zum Abbau der Entfremdung. Diese Reaktivierung lässt sich ebenfalls durch verschiedene theoretische Bezüge beschreiben, welche im Kern ein ähnliches Ziel haben. Dieses Ziel ist die Herstellung von Selbstwirksamkeit durch Autonomie, Kompetenz und sozialer Verbundenheit Deci und Ryan (1985) oder durch Stärkung der individuellen Handlungsmöglichkeiten und der Selbstbestimmung über die eigenen Lebensbezüge. (Herriger 1997; Dick et al. 2015)

Die Selbstbestimmungstheorie (Deci und Ryan 1985) und das Empowermentkonzept (Herriger 1997) sind stellvertretend für jene Beschreibungen psychologischer Prozesse zu benennen, welche den Patienten stärken, die Beziehung zum Behandler wieder herzustellen, und in die Lage versetzen, die aktive Kommunikation wieder aufzunehmen. Dabei spielt die konkrete Anwendung eines bestimmten Beratungsmodells keine wesentliche Rolle, sondern basiert auf der empathischen, neutralen und aktiven Kommunikation, wie es die Patientenberatung ihren Patienten bietet. Die Patientenberatung lässt sich durch die Ausführung und die qualitative Analyse als wesentlicher Bestandteil zur Wiederherstellung der APB bzw. zur Reaktivierung der Resonanz beschreiben, was nicht bedeutet, dass jeder Beratungsanlass aufgelöst werden kann. Vielmehr können auch durch die Reaktivierung Anlässe bearbeitet werden, die einer derartigen Belastung unterliegen, dass sie innerhalb der Profession, aber außerhalb der APB bearbeitet werden müssen. Die Patientenberatung lässt sich somit als wesentlicher Bestandteil innerhalb der Profession zur Beseitigung von Irritationen beschreiben. Sie unterstützt sowohl die Patientenschaft als auch die Behandler.

Der letzte Fokus, der in der vorliegenden Forschungsarbeit Betrachtung findet, sind die Auswirkungen auf die weiteren Akteure des Gesundheitssystems. Aus der Analyse des Forschungsmaterials finden sich Ansatzpunkte zur Beantwortung dieser Forschungsfrage. Dabei können verschiedene Berührungspunkte mit unterschiedlichen Auswirkungen in anderen Systemen konstatiert werden.

In den Gruppendiskussionen werden die Krankenkassen²² (exemplarische Beispiele zu diesen Aussagen finden sich in den Fußnoten) wiederholt genannt, als unterstützende Institution, aber auch als Institution, die die Beratung nicht vollständig oder auch fehlerhaft durchführt bzw. die Patienten für eine umfängliche Antwort an die Beratung verweist. Die Patientenberatung bereinigt fehlerhafte Aussagen und interveniert dadurch auch in das Vertrauensverhältnis zum Behandler und zum Gesundheitssystem. Dies begründet sich in der Herstellung der tatsächlich richtigen Information (Schaffung einer ER>ER-Transaktion). In der Verminderung des Informationsdefizites werden damit auch die Erwartungen korrigiert, was in der Entkontextualisierung und Transformation der Information für den Informationsempfänger begründet liegt. Hierbei kann die Annahme geäußert werden, dass die Generalisierung der Informationen der Krankenkassen nicht in dem Maße erfolgen kann wie in der Patientenberatung, da diese nicht aus der Interaktionslogik der helfenden Beziehung heraus kommunizieren und darüber hinaus noch einem wirtschaftlichen Interesse folgen, dahingehend, dass die Behandlungen nur notwendige Kosten verursachen, was ggf. nicht der Einschätzung innerhalb der Profession entspricht. (Sickendiek et al. 2014)

Auch die Verbraucherschutzorganisationen ²³ übernehmen Beratungsfunktionen, um allgemeine Komplexitäten zu reduzieren. Dabei werden durch diese Institution

22 „ich hatte heute nen Fall da kommt eine Patientin zu mir hat ein Gutachten also was weiß ich die Krone muss eben erneuert werden und die Kasse sagt na ja gehen Sie zu ihrer Zahnärztin lassen sich das Geld zurückgeben aber rein theoretisch ist es doch so die Kasse müsste doch von der Zahnärztin den Kassenanteil zurückverlangen und die Patientin nur ihren Eigenanteil, das hat man ihr aber nicht geflüstert, sondern sie hat ein Schreiben gekriegt, ja es wurde als mangelhaft, Sie können das neu anfertigen lassen aber nicht auf unsere Kosten das war das Anschreiben was man ihr mitgegeben hat ich sage so kann's doch gar nicht sein ja“. (OvGU_GD_I_19)

„zur Aufklärung mit den Krankenkassen, bin ich froh, wenn die sagen rufen Sie mal bei der Patientenberatung an egal ob das=eine Gewährleistungssache ist oder nicht. weil, auch wenn das deren Aufgabe vielleicht ist, so in diesem kleinen Bereich dieser zweijährigen Gewährleistung 24 Monate was sagen zu müssen, habe=ich es aber in der Hand, ähm den ganzen Komplex auch mal darzulegen, wenn es in Richtung Obergutachten geht. und da vergessen die Krankenkassen grundsätzlich einfach mal zu sagen ‚Sie haben einen Monat Zeit um (.) das Obergutachten anzugehen, wenn das Ergebnis vielleicht doch nicht so passen ist. und das wird bei den Krankenkassen natürlich, weil es kostet und unangenehm ist, völlig ignoriert, also auch noch nicht mal ein Rechtsbehelf gemacht. der eigentlich damit reingehört. das wird überhaupt nicht.“ (OvGU_GD_I_19)

„genau. ja? also die machen es nicht, um das schon sozusagen verunmöglichen, und da bin ich natürlich froh, wenn die Patienten rechtzeitig anrufen um zu sagen, okay, da gibt=es noch, es kann weitergehen, ob es Sinn macht oder nicht, kann man ja dann eruieren, aber ich möchte die Hand draufhaben. ich will gar nicht, dass die Krankenkassen so viel beraten und vielleicht auch noch schlecht beraten. weil sie das gar nicht können, die sind auch überfordert mit ihrem ganzen die haben Druck, die müssen da alles zack zack zack machen, und dann sollen die noch am Telefon=eine adäquate Antwort geben?“ (OvGU_GD_II_19)

23 „es gibt nebenher so ein paar Parastellen mal sind sie werden sie mehr von der von der Politik befürwortet und auch alimentiert ob die jetzt unabhängige Patientenberatung heißen oder Neue Verbraucherzentrale oder nur Verbraucherzentrale oder was auch zum Teil dort in den Kassen passiert schlussendlich das haben wir ja vorhin herausgearbeitet ist es so wenn's wirklich um die Wurst geht dann landen sie bei uns“. (OvGU_GD_I_19)

Beratungsthemen in fast allen gesellschaftlichen Themenbereichen angeboten, z. B. Bauberatung, Energieberatung, Kreditberatung, Versicherungen, Reisen und auch Patientenrecht. Im Jahr 2022 wurden 240.098 Beschwerden insgesamt aufgenommen, wobei 2 % dieser Beschwerden im Bereich der Gesundheit zu verorten waren. Die Berater berichten in ihren Ausführungen von unzureichenden Beratungen und von Beratungen, die das Bedürfnis der Patienten nicht befriedigen können, weshalb diese sich dann noch an die Patientenberatung wenden. (Verbraucherzentrale Bundesverband 2024)

Auch die unabhängige Patientenberatung ist dem Dachverband der Verbraucherzentralen zugeordnet und widmet sich nur Fragestellung hinsichtlich der Gesundheit, wie Arztwechsel, Behandlungsfehler, Patientenakte und dem Pflegegrad. Im Jahr 2021 wurden 123.558 Beratungsanlässe erfasst (zahnmedizinische Patientenberatung 2021 31.997 Beratungsanlässe). (UPD Deutschland 2022; BZÄK 2022)

Weitere Akteure, die in den Ergebnissen angesprochen wurden, sind Fachärzte, welche in den angebrachten Beispielen oftmals Irritation bei den Patienten erzeugen²⁴. Dabei werden die Kieferorthopäden auffällig oft im Kontext von Anliegen geäußert, wobei die Berater versuchen, eine Klärung herbeizuführen, aber oftmals in ihrem Handlungsspektrum begrenzt sind. Als weitere Schnittstellen werden im Material die Psychotherapeutenkammern genannt, da Patienten auch, neben ihrer Irritation hinsichtlich der Zahnmedizin, vermutete psychische Belastungen mit in die Beratung hineintragen, wobei die Berater auch hier Netzwerkpunkte haben, um Verweise zu kommunizieren.

Zusammenfassend lässt sich für die hier betrachtete Fragestellung der weiteren Akteure sagen, dass die Patientenberatung eine umfängliche Netzwerkfunktion im Gesundheitssystem aufweist und dort auch wirksam wird. Wirksam meint dabei, dass die Patientenberatung

„Wir können es aber kaum, sagen wir mal, dem Patienten klarmachen, wenn wir Verbraucherzentralen haben, die völlig, also ich sage mal, nur ihr Patientenwohl im, im Kopf haben, aber gar nicht den medizinischen Hintergrund kennen. Und da haben wir auch natürlich eine eine Aufklärungspflicht gegenüber denjenigen, mit denen wir ja eigentlich Zusammenarbeiten sollen, ja? Also die schießen völlig übers Ziel hinaus. Ärgert mich maßlos. Und dann das Ganze revers wieder aufzuklären oder zu, zu auszubügeln, das sind Kräfte, die Sie da aufwenden müssen, um das was einer da mal so gesteckt hat, äh wieder auszumerzen, das ist, das ist irre, kriegen/ kriegt man Vertrauensverhältnis kaum wieder glattgebügelt. Also die Kommunikation muss auch mit den Verbraucherzentralen wesentlich verbessert werden“. (OvGU_GD_I_18)

²⁴ „gerade im KFO-Bereich das ist nämlich/natürlich gibt es bestimmte Dinge die privat gemacht werden, aber ich in der KZV und ich habe das wirklich in der Woche mehrmals und das sind meistens alleinerziehende Mütter, die ein finanzielles Problem haben die mit ihren Kindern dastehen und die Kieferorthopäden sagen, ich behandle nicht, wenn sie das nicht unterschreiben“. (OvGU_GD_II_19)

„Ja, also es ist ja ganz offensichtlich, dass die Kieferorthopäden scheinbar in allen Bundesländern ein Problem sind, sozusagen unsere Problembürger. Und ich weiß nicht, ob man, ob man tatsächlich ob die Körperschaften sich noch sehr lange, wenn das so weitergeht, noch vor die Kollegen stellen können. Wir erleben also die wirklich blöden Gespräche sind eben halt auch mit Eltern, die so was beklagen, dass natürlich ist Ihnen das Ihr Kind denn nicht wert? Diese und diese Privatleistung? Und das erklärt wird, das geht nur so. Das ist schon mal ja perfide. Aber das ist ja nicht das Einzige.“ (OvGU_GD_I_18)

Irritationen aus diesen Schnittstellen aufnimmt und versucht, diese abzubauen. Die Beratung versucht, Vertrauen aktiv, im Sinne von Luhmann (1973), zu erwerben und zu gestalten. Das dafür eingesetzte Medium der Sprache nimmt dabei keine Haltung der Machtinteraktion ein, sondern des gegenseitigen Diskurses im Sinne einer Begegnung zweier Individuen zur Schaffung von Konsens und Vernunft (Krämer 2019).

Die doch gewichtigste Besonderheit der Patientenberatung ist, dass diese durch die Beratungsanlässe aktuelle Trends und Irritation der Patientenschaft aufnimmt und in die Profession und das Gesundheitssystem spiegeln kann, im Sinne eines Qualitätssicherungsaspektes. Dabei werden auch die Wahrnehmung der Profession und des Gesundheitssystems selbst durch die Patientenschaft abgebildet sowie gesellschaftliche Entwicklungstendenzen, die dann durch die Patientenberatung in das System selbst gespiegelt werden können. Durch die Einführung einer Evaluierung der Beratungsanlässe per statistischer Software in den Jahren 2018/2019 liegt dieser Nachweis auch validiert vor und es kann durch Gegenüberstellung sowohl das Ergebnis als auch die Wirkung abgebildet werden. Im Sinne von Luhmann (1973) kann hier sowohl retrospektive Vertrautheit und prospektiv Systemvertrauen hergestellt werden.

6.3 Kritische Betrachtung

Die vorliegende Forschungsarbeit widmet sich der Exploration und der Beschreibung hinsichtlich des Bedeutungsspektrums der Patientenberatung. Dabei lassen sich Ambivalenzen beim Design der Arbeit konstituieren. An erster Stelle können die rudimentär gewählten Forschungsfragen benannt werden. So lässt sich doch die Frage formulieren, wo das genaue Erkenntnisinteresse bezüglich dieser Fragen zu identifizieren ist und ob nicht gezieltere Forschungsfragen konkretere Einblicke in die Patientenberatung erlaubt hätten. Hinsichtlich dieser Betrachtung lässt sich konstatieren, dass die KVBV (o. J.) und das Institut der deutschen Zahnärzte regelmäßige Jahresberichte mit den Ergebnissen der Patientenberatung publiziert. Allerdings lassen diese sich mehr als ein Berichtswesen definieren denn als ein beschreibendes Moment der Patientenberatung. So lässt sich einzig die Veröffentlichung von Dick et al. (2015) in ein grundsätzlich beschreibendes Forschungsformat einordnen. Auch wenn hierbei Kennzahlen und Vergleichbarkeiten gegenübergestellt werden können, um diese der Öffentlichkeit sichtbar zu machen und damit die Wirkung der Patientenberatung transparent und in eine prominente Öffentlichkeit zu rücken, so ist es doch unerlässlich, auch die Besonderheit dieses Formates in den Fokus zu nehmen und in Zusammenhang mit den geführten statistischen Auswertungen zu bringen.

Des Weiteren kann bei kritischer Betrachtung dem Forschungsdesign eine gewisse Unschärfe vorgeworfen werden, da dieses sich einerseits durch die Auftragsforschung mit dem Ziel der Evaluation zu bestimmten Themenbereichen, als Primäranalyse des Materials und andererseits als retrospektive Sekundäranalyse mit der Gesamtschau des Materials im Kontext der vorliegenden Arbeit beschreiben lässt. Darüber hinaus kann bei einer derart langfristigen Retrospektive auch der Vorwurf einer subjektiven Färbung formuliert werden, da

die beschriebenen Realitäten und sozialen Erfahrungsräume durch die Teilnehmenden ebenfalls in eine Rekonstruktion einzubetten sind. Durch die wechselnden Themen der Gruppendiskussion wurde aber versucht, diesem Phänomen aus dem Wege zu gehen. Somit wurden immer wieder Stimuli erzeugt, die sich auf ein vergangenes Jahr bezogen und nicht auf einen nicht definiert Erfahrungs- und Erlebensraum der Befragten. Es standen somit Primär- und Sekundäranalyse in einem Bedingungs-zusammenhang aus Retrospektive und Aktualität, was die Exaktheit und Validität der Daten untermauert. Zusätzlich kann an dieser Stelle wieder der Bezug zur Forschungsfrage hergestellt werden, der in ihrer Formulierung ebenfalls eine gewisse Unschärfe vorgeworfen werden kann, wobei die Unschärfe einen möglichst induktiven Rahmen ermöglichen soll, um einerseits die subjektiven Perspektiven und Erfahrungsräume abbilden zu können und andererseits durch die Methodentriangulation einer Validierung unterliegt durch das Hinzuziehen weitere Perspektiven auf die induktiv gebildeten Kategorien. Auch Witzel (2017) formuliert diese Ansätze als mögliche kritische Perspektive, welche in ihrer Retrospektive begründet sind, konstatiert aber weiterhin, dass subjektive Sinnzusammenhänge auch erst in einen Zusammenhang gesetzt werden können, wenn diese in einen Handlungsrahmen eingeordnet werden. Aktualität durch die Themenwahl sowie Retrospektive durch das Teilen eines gemeinsamen Erfahrungsraums und das gegenseitige Berichten von Beratungsfällen schafft somit einen validen Rahmen, der durch Reflexionsschleifen in Form der wiederkehrenden Gruppendiskussionen und den damit verbundenen Aussagen der Teilnehmenden einen selbstprüfenden Charakter annimmt.

Ein weiterer kritischer Aspekt der vorliegenden Arbeit ist die Anwendung der Transaktionsanalyse als explorierendes Forschungsinstrument. Elbing et al. (2015) und Nowak (2011) gehen in ihren Ausführungen auf die Wirksamkeit der Transaktionsanalyse als psychoanalytisches Analyseinstrument ein. Darüber hinaus konnten allerdings keine Ausführungen hinsichtlich des Einsatzes als Forschungsinstrument selbst recherchiert werden. Aus der Triangulation der Forschungsinstrumente lässt sich nun in dieser Arbeit ein sinnvoller Einsatz der TA zur Abbildung der Verläufe von Gesprächen, in diesem Kontext in Form von Beratungen, konstatieren, was aber über diese Arbeit hinaus bis zum jetzigen Zeitpunkt keine weitere Validierung erfahren hat. An dieser Stelle wird die Notwendigkeit von Anschlussforschung in diesem Kontext deutlich. Anschlussforschung bedarf es auch bei der Schärfung der Beschreibungsmomente der Beratung. Dabei ermöglichte die Menge an Daten, eine umfängliche Gesamtschau in der Breite herzustellen, bildet aber auch die Grundlage für vertiefende und fokussierter Arbeiten.

Hinsichtlich der Anwendung der Transaktionsanalyse ist abschließend festzuhalten, dass diese noch wesentlich tiefer gehende Aspekte aufweisen könnten, als die hier vorliegende Betrachtung es angeführt hat. Würde sich das Forschungsvorhaben diesen theoretischen Ausführungen nähern, müsste die Aufbereitung der Fälle eine andere Qualität aufweisen, als die hier vorliegenden es tun. Beispielsweise müssten die Beratungsfälle per Audio aufgezeichnet werden, was sofort die Kritik des Eingriffs in die Berater-Klienten-Beziehung formulieren würde. Die Transaktionsanalyse in dieser hier angewendeten Form einzusetzen,

lässt sich als sinnvoll beurteilen, da diese nicht der Analyse des Gespräches selbst dienlich ist, sondern es erlaubt, den Prozess des Gespräches abzubilden.

Ein weiterer Punkt, der an dieser Stelle noch Erwähnung finden soll, ist einerseits die geringe Rückläuferquote der quantitativen Befragung und andererseits die relativ geringe Anzahl der durchgeführten episodischen Interviews. Da der Fokus der Arbeit auf der Fallanalytik und Prozessbeschreibung lag, war die Anwendung der weiteren Forschungsmethoden in Form der Interviews und der quantitativen Befragung ein sinnvolles Instrument, um ein Gesamtverständnis für die Beratung herstellen zu können. Für dieses Verständnis war die hier gewonnene Anzahl an Rückmeldungen sowohl bei der quantitativen Erhebung als auch bei den episodischen Interviews ein erkenntniserzeugendes Maß.

6.4 Ausblick und Fazit

Komplexitäten, Transformationen und Antinomien sind die bestimmenden Schlagwörter zur Beschreibung der gesellschaftlichen Herausforderungen in der heutigen Zeit. Pörksen und Schulz von Thun (2020) schreiben dazu, dass die heutige Geschwindigkeit von Entwicklungen und Transformationen sich auf die Lebenswelt der Menschen auswirkt, da diese sofort wirksam sind und keine langfristigen Entwicklungstendenzen mehr aufweisen, wie es zum Beispiel die Entwicklung des Fernsehers oder des Telefons hatte. Veränderungen, die Anforderungen herausbilden, werden extrem schnell in der Realität der Menschen wirksam, was ein Umgehen mit diesen von ihnen fordert. Diese erhöhten Geschwindigkeiten innerhalb der Veränderungsprozesse sind auch im Gesundheitssystem festzustellen. Hierbei sind die elektronische Patientenakte, das E-Rezept und die zunehmende Telemedizin nur beispielhaft für Veränderungen im Kontext der Digitalisierung und zum Erhalt der Behandlungsqualität, die Krankenhausreform und die vermehrte Einführung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu benennen. Dabei sieht die Krankenhausreform vor, die zumeist in privater Trägerschaft verorteten Krankenhäuser einer anderen Finanzierungsform zu überführen, welche die Existenzgrundlage der Häuser verbessern soll und weiterhin verstärkt die Spezialisierung der Einrichtungen anstrebt. (Bundesministerium für Gesundheit 2014)

Die der grundlegenden beruflichen Ausübungsform im Sinne der Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft gegenüberstehende Form des MVZ unterliegt in ihrer Praxis einer Trennung zwischen ärztlicher Berufsausübung und organisatorischer Praxisführung, da diese Praxen inhabergeführt sind und oftmals durch Investoren mit wirtschaftlichem Interesse finanziert sind. Die Idee des besseren Versorgungsangebotes, da in diesen Praxen verschiedene spezialisierte Behandler verortet sind, besonders in ländlichen Strukturen, soll dem Wunsch der Mediziner entgegenkommen, in einem Angestelltenverhältnis tätig zu sein, so das Bundesministerium für Gesundheit (2023). Die Ansiedelung von MVZ ist innerhalb eines Jahres, also zwischen 2021 und 2022, um 9,5 % gestiegen. Dabei können im Zusammenhang mit dieser Entwicklung Anstellungsverhältnisse von Ärzten von insgesamt 26.343 konstatiert werden. Durch die „Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachangestellter“ wird betont, dass die Einbindung durch Investoren in dieser Praxisform das Ziel verfolgt,

Erträge zu generieren, was per se nicht verwerflich sei. Weiter wird jedoch gefragt, ob die Art der Behandlung einer Veränderung unterliegt, wenn diese Besitzverhältnisse von Praxen gewählt werden. (Deutsches Ärzteblatt 2023)

Das Deutsche Ärzteblatt (2023) stellt fest, dass seitens der Behandler dieses abgesicherte Modell mit flexiblen Arbeitszeiten ein attraktives Angebot für Absolventen darstellt, was dazu führt, dass bezogen auf Einzelpraxen ein noch größerer Mangel erzeugt wird. Eine Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung ist zur Umkehr dieses Modells daher unvermeidbar. Zur Entlastung des stationären Systems bedarf es eines umfänglichen und regional gut verorteten Hausarztsystems.

Neben den Betrachtungen der wirtschaftlich orientierten Praxisform, zur Absicherung der Versorgungssituation und der Anforderungen an das Behandler-System zur Wahrung des originären Habitus eines Mediziners, steht die Ausbildung der zahnmedizinischen Studierenden und auch der postgraduierten Weiterbildung der Absolventen und Praktiker. Deutlich wird aus den angeführten Fällen und auch der professionstheoretischen Herleitung, dass die Figur des Mediziners umfänglichen Erwartungen gegenübersteht, welche weniger im Marktwirtschaftlichen zu verorten ist, sondern im Bereich der Empathie, der Beratung, der Kommunikation und dem Verständnis für den Patienten und dessen individuellen und gesellschaftlich orientierten Herausforderungen. Sowohl Studierenden als auch Absolventen und Praktiker sollten grundsätzlich im kollegialen Austausch stehen, um über das Berufsbild zu sprechen, in den Austausch über komplexe Behandlungssituation und über die Rolle des Mediziners und dessen Erwartungen an Gesellschaft und Gesundheitssystem zu gehen. Qualitätszirkel und kollegiale Beratung können hier als Methoden genannt werden, welche in diesem Kontext erprobt sind.

Deutlich wird, dass sowohl die Digitalisierung als auch die Strukturveränderungen hinsichtlich der Privatisierung des Versorgungssystems weitreichende Folgen für die Patientenschaft und die Grundversorgung mit sich bringen. Es wird weiterhin deutlich, dass die Komplexitäten zunehmen werden, ob im Hinblick auf digitale Nutzung oder die Findung von individuell notwendigen Angeboten innerhalb des Gesundheitssystems. Die Frage, ob eine Veränderung in der Behandlung durch die aufgezeigten Veränderungen erzeugt wird, kann diese Forschungsarbeit nicht beantworten. Es ist allerdings festzustellen, dass durch die Behandlung Irritationen ausgelöst werden, welche in den veränderten Rahmenbedingungen zu verorten sind. Der Aufklärungsbedarf der Formalitäten innerhalb eines Behandlungsprozesses belastet die APB in einigen Fällen derart, dass eine Öffnung der Dyade in Form einer Patientenberatung zur Beseitigung der Irritation notwendig ist. Bereits 2012 forderte die Ärzteschaft mehr Zeit für die Patienten, da sie besonders im Bereich der Diagnostik aufgrund der gegebenen Strukturen zu wenig Zeit zur Verfügung habe. (Welt 2012)

Hinsichtlich des Behandlungssettings lässt sich die Annahme formulieren, dass sich die Rahmenbedingungen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient verändert, da die

Verknappung von Zeit die Kommunikation einerseits verdichtet und andererseits ein Verständnis für das kommuniziert durch den Patienten verlangt. Auf Autonomie begründete Entscheidungen des Patienten und des Behandlers können nur getroffen werden, wenn eine objektive Entscheidung durch Kenntnis der Bedingungen getroffen werden kann und wenn die zu entscheidende Person eine auf Vernunft begründete Entscheidung trifft, die, wie bereits aufgeführt, nur im Diskurs begründet sein kann und vom Grad der Irritation bestimmt ist. Es bedarf Raum, Zeit und Diskurs, um eine autonome Entscheidung treffen zu können. Das Gesundheitssystem und die Profession benötigt dafür ein Modell der Öffnung der dyadischen Beziehung, um das Vertrauen der Patientenschaft wahren zu können und die Vertrautheit in das System und die Profession nicht zu gefährden.

Die Patientenberatung (auch Beratung allgemein) versteht sich somit als Übersetzungsinstrument der Transformationsprozesse und den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und bieten den Patienten den Moment des Innehaltens, des Verstehens und der individuellen Entscheidung, bezogen auf die eigene subjektive Lebenswelt. Beratung leistet somit einen Beitrag zum Beenden eines Prozesses, der in seinem Verlauf Irritationen erzeugt. Eine Transformation von Wissen, Verstehen und Entscheidung innerhalb eines transformationalen Systems. Eine Transformation von Irritation als negativer Resonanz oder Entfremdung hin zu wachsender Resonanz, dem Aufbau von Resilienz und gelingender Kommunikation.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2020): Soziale Interaktion. 1. Aufl. 2020. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch), zuletzt geprüft am 31.05.2023.
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. Forsch. opl. San Francisco: Jossey-Bass (The Jossey-Bass social and behavioral science series).
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International* Vol. 11 (No. 1), S. 11–18.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausg. Hg. v. A. Franke. Tübingen: dgvt Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36).
- Asay, T. P.; Lambert, M. J. (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: M. A. Hubble (Hg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen (Systemische Studien, Bd. 21), S. 41-81.
- Batson, C. D.; Ahmad, N.; Lishner, D. A.; Tsang, J.-A. (2002): Empathy and Altruism. In: C. R. Snyder und Shane J. Lopez (Hg.): Handbook of positive psychology. Oxford England, New York: Oxford University Press, S. 485–498.
- Beauchamp, T. (2021): Der ‚Vier-Prinzipien‘-Ansatz in der Medizinethik. In: N. Biller-Andorno, S. Monteverde, T. Krones und T. Eichinger (Hg.): Medizinethik. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH (Grundlagentexte zur Angewandten Ethik).
- Beauchamp, T.; L.; Childress, J. F. (2023): Prinzipien der Bioethik. 1. Auflage. Freiburg im Breisgau: Alber, K.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Erstausgabe, 24. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-18009-6.pdf?pdf=button>.
- Begenau, J.; Schubert, C.; Vogd, W. (Hrsg.) (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Erw. Neuaufl. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6). Online verfügbar unter <https://www.bug-nrw.de/fileadmin/web/pdf/entwicklung/Antonowski.pdf>, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Bergner, D. (2010): Strukturelemente sozialer Interaktion. Eine Relektüre ausgewählter Werke Erving Goffmans in praxistheoretischer Perspektive. Arbeitsbereich Historisch-Systematische Bildungsforschung. Bremen. Online verfügbar unter <https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/3021/1/00103652-1.pdf>, zuletzt geprüft am 14.06.2023.
- Berne, E. (1970): Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Ungeurzte Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (16735).
- Berne, E.; Hagehülsmann, H. (2005): Transaktionsanalyse der Intuition. Ein Beitrag zur Ich-Psychologie. 4. Aufl. Hg. v. Heinrich Hagehülsmann. Paderborn: Junfermann Verlag (Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, 45).

- Beushausen, J. (2016): Beratung lernen. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Buderich.
- Biller-Andorno, N.; Monteverde, S.; Krones, T.; Eichinger, T. (Hg.) (2021): Medizinethik. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH (Grundlagentexte zur Angewandten Ethik), zuletzt geprüft am 24.01.2023.
- Böcken, J.; Braun, B. (2016): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Hg. v. R. Meierjürgen. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh, zuletzt geprüft am 24.02.2023.
- Bogner, D. P. (Hg.) (2021): Kurt Lewin reloaded. Wiesbaden: Springer VS. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-33159-7.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 19.04.2023.
- Bohnsack, R. (1991): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Opladen: Budrich.
- Bohnsack, R.; Przyborski, A. (2007): Gruppensidkussionsverfahren und Focus Groups. In: R. Buber und H. H. Holzmüller (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen. Wiesbaden: Gabler, S. 491–506, zuletzt geprüft am 17.10.2023.
- Bohnsack, R.; Przyborski, A.; Schäfer, B. (Hg.) (2010): Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis. 2., voll. überarb. und aktualisierte Aufl. Opladen: Budrich.
- Bourdieu, P. (2015): Was heißt sprechen? Zur Ökonomie des sprachlichen Tausches. 2. Aufl. Wien: New Academic Press.
- Bourdieu, P. (2020): Habitus und Praxis. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Braddock, H. C.; Edwards, K. A.; Hasenberg, N. M.; Laidly T. L.; Levinson, W. (1999): Informed Decision Making in Outpatient Practice. Time to Get Back to Basics. In: *Journal American Medical Association* December 22/29 (Vol. 282, No. 24). DOI: 10.4324/9781315209692.
- Brandes, S.; Stark, W. (2023): Empowerment/Befähigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/>, zuletzt aktualisiert am 01.10.2023, zuletzt geprüft am 01.10.2023.
- Buber, M. (1999): Das Dialogische Prinzip. Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen. Zur Geschichte des dialogischen Prinzips. Ich und Du. Zwiesprache. Die Frage an den Einzelnen. Elemente des Zwischenmenschlichen. Zur Geschichte des dialogischen Prinzips. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, zuletzt geprüft am 31.05.2023.
- Buber, M. (2021): Ich und Du. Unter Mitarbeit von Bernhard Lang. Ditzingen: Reclam, Philipp (Reclams Universal-Bibliothek, 14171).
- Bühning, P. (2000): Ärztliches Gesprächsverhalten - Zuhören statt verhören. In: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (40). Online verfügbar unter <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/97/40/a2608.pdf?ts=28%2E07%2E2004+10%3A34%3A57>, zuletzt geprüft am 24.02.2023.
- Bundesministerium der Justiz (2022): Art 1 GG - Einzelnorm. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_1.html, zuletzt aktualisiert am 29.12.2022, zuletzt geprüft am 29.12.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Krankenhausreform. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform>, zuletzt aktualisiert am 25.04.2024, zuletzt geprüft am 25.04.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren>, zuletzt aktualisiert am 25.04.2024, zuletzt geprüft am 25.04.2024.

BZÄK (2022): Jahresbericht der Patientenberatung 2021. Online verfügbar unter file:///D:/Ina%20Wagner/Downloads/jahresbericht_zahnaerztliche_patientenberatung_2021-1.pdf.

BZÄK; KZBV (2012): Patienten im Mittelpunkt. Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland. 1. Aufl. Hg. v. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://www.zahnaerzte-saarland.de/data/kzvs007907.pdf>, zuletzt geprüft am 12.07.2023.

Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: *Social Science & Medicin* (49), S. 651–661.

Combe, A.; Helsper, W. (Hg.) (2017): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 9. Auflage 2017. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1230).

Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1985): Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Springer Science+Business Media (Perspectives in social psychology).

Deutsches Ärzteblatt (2022): Lauterbach will Finanzinvestoren den Kauf von Arztpraxen verbieten. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139879/Lauterbach-will-Finanzinvestoren-den-Kauf-von-Arztpraxen-verbieten>, zuletzt geprüft am 27.02.2023.

Deutsches Ärzteblatt (2023): Anzahl von Medizinischen Versorgungszentren legt um knapp zehn Prozent zu. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148195/Anzahl-von-Medizinischen-Versorgungszentren-legt-um-knapp-zehn-Prozent-zu>, zuletzt geprüft am 25.04.2024.

Deutsches Ärzteblatt (2023): Gesundheitsökonom Schreyögg: Mehr Nachwuchs in ambulante Versorgung bringen. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146228/Gesundheitsoekonom-Schreyoegg-Mehr-Nachwuchs-in-ambulante-Versorgung-bringen>, zuletzt aktualisiert am 25.04.2024, zuletzt geprüft am 25.04.2024.

Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Radtke, F. O. (1992): Auf dem Weg zu einer aufgabenzentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns. In: F. O. Radtke (Hg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Unter Mitarbeit von Dewe, B., Ferchhoff, W. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–20.

Dick, M. (2016): Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld. In: M. Dick, W. Marotzki und H. A. Mieg (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Klinkhardt (utb-studi-e-book, 8622), S. 9–24.

- Dick, M.; Marotzki, W.; Mieg, H. A. (Hg.) (2016): Handbuch Professionsentwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Klinkhardt (utb-studi-e-book, 8622).
- Dick, M.; Wagner, I.; Gerhardt, M. (2015): Stellenwert der Empowerment-Perspektive bei der institutionalisierten Patientenberatung zahnärztlicher Körperschaften in Deutschland – Ergebnisse einer qualitativen Studie zur aktuellen Beratungspraxis. In: *IDZ Information* (2). Online verfügbar unter https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ_0215_WEB.pdf, zuletzt geprüft am 12.07.2023.
- Donner-Banzhoff, N. (2012): Deutsches Ärzteblatt: Archiv "Arzt und Patient: Archäologie einer Beziehung" (19.10.2012). Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=131861>, zuletzt aktualisiert am 19.10.2022, zuletzt geprüft am 19.10.2022.
- Drieschner, E.; Gaus, D. (Hg.) (2011): Liebe in Zeiten pädagogischer Professionalisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-92680-3.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 14.06.2023.
- Dröge, K.; Pollock, F. (2006): Gruppenexperiment. Ein Studienbericht. In: A. Honneth (Hg.): Schlüsseltexte der kritischen Theorie. Für Ludwig von Friedeburg zum 80. Geburtstag. Unter Mitarbeit von Ludwig von Friedeburg. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259–263.
- Eckart, W. U. (2009): Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen. 6. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Elbing, U.; Jecht-Hennig, G.; Seidenfus, C.; Rottler, E.; Wietersheim, J. von (2015): Transaktionsanalyse. Pilotstudie zu spezifischen Elementen und Wirksamkeit. In: *Psychotherapeut* 60, S. 45–52. Online verfügbar unter <https://www.ta-at-work.de/wp-content/uploads/2019/02/Studie-zur-Wirksamkeit-der-TA.pdf>, zuletzt geprüft am 25.01.2024.
- Elwyn, G.; Edwards, A.; Gwyn, R.; Grol, R. (1999): Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 319 (7212), S. 753–756. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.753.
- Emanuel, E. J.; Emanuel, L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *JAMA* 267 (16), S. 2221. DOI: 10.1001/jama.1992.03480160079038.
- Endreß, M.; Rampp, B. (Hg.) (2022): Resilienz als Prozess. Beiträge zu einer Soziologie von Resilienz. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz Psychologie Verlag.
- Faltermaier, T. (2017): Gesundheitspsychologie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Kohlhammer Kenntnis und Können, Band 21).
- Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim, München: Juventa Verl.
- Flick, U. (1996): Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Beiträge zur psychologischen Forschung, 28). Online

- verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-663-05685-0.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 20.10.2023.
- Flick, U. (Hg.) (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa Verl. (Gesundheitsforschung). Online verfügbar unter https://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/qualitative_sozial_bildungsforschung/Medien/subjektive_vorstellungen_von_gesundheit_und.pdf, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Flick, U. (Hg.) (2008): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Stephan-Wolff-3/publication/281345528_Qualitative_Sozialforschung_Grundlagen_Konzepte_Methoden_und_Anwendungen/links/5c3c74f292851c22a3738ba9/Qualitative-Sozialforschung-Grundlagen-Konzepte-Methoden-und-Anwendungen.pdf, zuletzt geprüft am 06.02.2024.
- Flick, U. (2011a): Das episodische Interview. In: G. Oelerich und H.-U. Otto (Hg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 273–280.
- Flick, U. (2011b): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Floer, B.; Schnee, M.; Böcken, J.; Streich, W.; Kunstmann, W.; Isfort, J.; Butzlaff, M. (2004): "Shared Decision Making" Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive. In: *Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983)* 99 (8), S. 435–440. DOI: 10.1007/s00063-004-1066-x.
- Frey, D. (2016): Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage - Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Berlin: Springer. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-48014-4.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 23.03.2023.
- Fröhlich-Gildhoff, K.; Rönau-Böse, M. (2015): Resilienz. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fuchs, K. A. (2014): Emotionserkennung und Empathie. Eine multimethodale psychologische Studie am Beispiel von Psychopathie und sozialer Ängstlichkeit. Zugl.: Eichstätt, Ingolstadt, Univ., Diss., 2013. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint; Springer VS (Reasearch), zuletzt geprüft am 23.03.2023.
- Goode, W. J. (1957): Community Within a Community: The Professions. In: *American Sociological Review* 22 (2), S. 194. DOI: 10.2307/2088857.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (2001): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 5., unveränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Groeben, D.; Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: G. Mey und K. Mruck (Hg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 152–165.
- Hagehülsmann, U. (2012): Transaktionsanalyse wie geht das? Transaktionsanalyse in Aktion. 6. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hasenzagl, R. (2007): Die Wirkung von Beratern. In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 38 (4), S. 351–370. Online verfügbar unter

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11612-007-0031-6.pdf?pdf=button%20sticky>, zuletzt geprüft am 23.03.2023.

Helsper, W. (2016): Antinomien und Paradoxien im professionellen Handeln. In: M. Dick, W. Marotzki und H. A. Mieg (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Klinkhardt (utb-studi-e-book, 8622), S. 50–62.

Helsper, W.; Krüger, H.-H.; Rabe-Kleberg, U. (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs-, und Sozialforschung* (1(1)), S. 5–19. Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/28070/ssoar-zbbs-2000-1-helsper_et_al-professionstheorie.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-zbbs-2000-1-helsper_et_al-professionstheorie.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2023.

Herriger, N. (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Hitzler, R. (Hg.) (2010): Individualisierungen. Ein Vierteljahrhundert "jenseits von Stand und Klasse"? Unter Mitarbeit von P. A. Berger. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-92589-9.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 13.04.2023.

Hoffmann, D.; Winter, R. (Hg.) (2018): Mediensoziologie. Handbuch für Wissenschaft und Studium. Unter Mitarbeit von D. Hoffmann. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Hollan, D. (2012): Emerging Issues in the Cross-Cultural Study of Empathy. In: *Emotion Review* 4 (1), S. 70–78. DOI: 10.1177/1754073911421376.

Hubble, M. A. (Hg.) (2001): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Verlag modernes Lernen (Systemische Studien, Bd. 21).

Jacob, M.; Walther, W. (2016): Die Zahnärzteschaft. In: M. Dick, W. Marotzki und H. A. Mieg (Hg.): Handbuch Professionsentwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; Klinkhardt (utb-studi-e-book, 8622), S. 489–499.

Johnson, T. J. (1972): Professions and power. London: Routledge.

Jonitz, G. (1999): Genuine Aufgabe der Ärzte, Artikel Dtsch Arztebl 1999; 96(30): A-1943 / B-1561 / C-1419. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/18331/Genuine-Aufgaben-der-Aerzte>, zuletzt geprüft am 03.06.2024.

Jurt, J. (2010): Die Habitus-Theorie von Bourdieu. Online verfügbar unter <https://unipub.uni-graz.at/lithes/content/titleinfo/786556/full.pdf>, zuletzt geprüft am 14.06.2023.

Karpman, S. (1968): Fairy Tales and Script Drama Analysis. In: *Transactional Analysis Bulletin* 7 (26), S. 39–43. Online verfügbar unter <https://karpmandramatriangle.com/pdf/DramaTriangle.pdf>, zuletzt geprüft am 25.01.2024.

Klemperer, D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Online verfügbar unter <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf>, zuletzt geprüft am 22.02.2023.

Kliche, T.; Kröger, G. (2008): Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung--Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und

- Erhebungsproblemen. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 70 (12), S. 715–720. DOI: 10.1055/s-0028-1102956.
- Köbberling, J. (2003): Charta zur ärztlichen Berufsethik. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 97 ((1)), S. 76–79.
- Krämer, S. (2019): Sprache, Sprechakt, Kommunikation. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Kruse, J. (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe (Grundlagentexte Methoden).
- Kuhlmann E. (1996): Die Professionalisierung der Zahnmedizin in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 4 (1), S. 54–69. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02960115>, zuletzt geprüft am 25.04.24.
- KVBV (o. J.): KZBV - Zahnärztliche Patientenberatung. Online verfügbar unter <https://www.kzbv.de/zahnaerztliche-patientenberatung.1150.de.html#>, zuletzt aktualisiert am 18.04.2024, zuletzt geprüft am 24.04.2024.
- Lamnek, S.; Krell, C. (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien. 6., vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz (Ciando library). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1116682>.
- Landesärztekammer Hessen: Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis. Hg. v. Landesärztekammer Hessen. Online verfügbar unter https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publicationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf, zuletzt geprüft am 29.12.2022.
- Lang, B.; Sängler, S. (2005): Evidenzbasierte Medizin für den Bürger. In: *Bundesgesundheitsbl.* 48 (6), S. 679–684. DOI: 10.1007/s00103-005-1062-1.
- Larson, Magali Sarfatti (1977): The rise of professionalism. A sociological analysis. Reprint 2020. Berkeley, CA: University of California Press. Online verfügbar unter <https://www.degruyter.com/isbn/9780520323070>, zuletzt geprüft am 03.06.2024.
- Lawrence, C. (2008): Patient. In: *Lancet (London, England)* 371 (9606), S. 21. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60055-0.
- Lazarus, R. S.; Folkmann, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, zuletzt geprüft am 15.03.2023.
- Luhmann, N. (1973): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 3., durchges. Aufl. Stuttgart: Enke (Flexibles Taschenbuch Soz).
- Luhmann, N. (1977): Funktion der Religion. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1986): Ökologische Kommunikation. Kann die moderne gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? 3. Aufl. Opladen: Westdeutscher.
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D.; Becker, B. (2000): The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. In: *Child Development* 71 (3). Online verfügbar unter <https://www.coaching-magazin.de/coaching-tools/methoden/resonanz-im-coaching-teil-1>, zuletzt geprüft am 22.03.2023.

Maier, R. E. (1992): Pädagogik des Dialogs. Ein historisch-systematischer Beitrag zur Klärung des pädagogischen Verhältnisses bei Nohl, Buber, Rosenzweig und Grisebach. Frankfurt am Main, New York: P. Lang (Europäische Hochschulschriften. Reihe XI, Pädagogik Publications universitaires européennes. Série XI, Pédagogie European university studies. Series XI, Education, vol. 349).

Markgraf, J. (2016): Pschyrembel Online | Arzt-Patient-Beziehung. Online verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/Arzt-Patient-Beziehung/K030P>, zuletzt aktualisiert am 22.02.2023, zuletzt geprüft am 22.02.2023.

Mayntz R.; Rosewitz B.; Schimank U; Stichweh R. (Hg.) (1988): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Medical Professionalism Project (2002): Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. In: *Lancet (London, England)* 359 (9305), S. 520–522.

Mercedes Benz Group Media (2008): August 1888: Bertha Benz unternimmt die erste Fernfahrt der Welt mit einem Automobil. Mercedes Benz Group Media. Online verfügbar unter <https://group-media.mercedes-benz.com/marsMediaSite/de/instance/ko/August-1888-Bertha-Benz-unternimmt-die-erste-Fernfahrt-der-Welt-mit-einem-Automobil.xhtml?oid=9361401>, zuletzt geprüft am 12.08.2022.

Mieg, H. A.; Pfadenhauer, M. (Hg.) (2003): Professionelle Leistung. Positionen der Professionssoziologie = Professional performance. Konstanz: UVK, Universitätsverlag Konstanz (Wissen und Studium. Sozialwissenschaften).

Mohr, G. (2022): Coaching mit neuer transaktionsanalytischer Theorie. In: *Coaching Theor. Prax.* 8 (1), S. 1–13. DOI: 10.1365/s40896-021-00062-4.

Müller, H.-P.; Schmid, M. (Hg.) (1998): Norm, Herrschaft und Vertrauen. Beiträge zu James S. Colemans Grundlagen der Sozialtheorie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-322-83317-4.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 24.03.2023.

Mundlos, C. (2023): Seltene Erkrankungen | ACHSE e.V. Online verfügbar unter https://www.achse-online.de/de/die_achse/Seltene-Erkrankungen.php, zuletzt aktualisiert am 07.03.2023, zuletzt geprüft am 07.03.2023.

Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendiek, U. (Hg.) (2013): Das Handbuch der Beratung. Band 3 Neue Beratungswelten. 3 Bände. Tübingen: dgvt Verlag.

Nierlich, C.; Bollinger, J. (2000): Transaktionsanalyse fürs Ohr. Blockierende, tangetiale indirekte oder Bull's Eyes - auch so können Transaktionen sein. Online verfügbar unter <https://transaktionsanalyse.online/besondere-transaktionen/>.

Noack, R. H. (1997): Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: H. H. Bartsch (Hg.): Salutogenese in der Onkologie. Basel: Karger (Tumorthherapie und Rehabilitation), S. 88–105.

Nowak, R. C. (2011): Transaktionsanalyse und Salutogenese. Münster: Waxmann Verlag.

Nußbeck, S. (2014): Einführung in die Beratungspsychologie. 3. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.

o. A. (2022): 30 Jahre Patientenberatung: Mit einem Bürgertelefon fing es an. Baden-Württemberg war Vorreiter – speziell geschulte Zahnärztinnen und Zahnärzte als Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten. Informationszentrum Zahn- und Mundgesundheit Baden-Württemberg. Online verfügbar unter <https://www.quintessence-publishing.com/deu/en/news/praxis/patientenkommunikation/30-jahre-patientenberatung-mit-einem-buergertelefon-fing-es-an>, zuletzt aktualisiert am 23.08.2022, zuletzt geprüft am 12.07.2023.

Oelerich, G.; Otto, H.-U. (Hg.) (2011): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Oevermann, U. (2017): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: A. Combe und W. Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 9. Auflage 2017. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 70–138.

Parsons, T. (1964): Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur. In: Talcott Parsons (Hg.): Beiträge zur soziologischen Theorie. 3., unveränd. Aufl. Darmstadt, Neuwied (a. Rh.): Luchterhand (Soziologische Texte, 15), S. 160–179.

Petermann, F.; Niebank, K.; Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie - Genetik - Neuropsychologie. Berlin: Springer.

Pörksen, B.; Schulz von Thun, F. (2020): Die Kunst des Miteinander-Redens. Über den Dialog in Gesellschaft und Politik. Unter Mitarbeit von Bernhard Pörksen und Friedemann Schulz Thun. München: Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG.

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2021): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie). Online verfügbar unter <https://www-1degruyter-1com-100a33b7w0156.han.med.uni-magdeburg.de/document/doi/10.1515/9783110710663/pdf>, zuletzt geprüft am 19.10.2023.

Radtke, F. O. (Hg.) (1992): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Unter Mitarbeit von Dewe, B., Ferchhoff, W. Opladen: VS Verlag für Sozialwissenschaften, zuletzt geprüft am 28.02.2023.

Rappaport, J. (1987): Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention Toward a Theory for Community Psychology. In: *American Journal of Community Psychology* 15 (2), S. 121–148, zuletzt geprüft am 13.04.2023.

Rebensburg, C. (2009): Die Arzt-Patient-Interaktion als Forschungsgegenstand. Gefühlsbezogene und empathische Interaktionen in der Sprechstunde des Hausarztes und seine Diagnostik psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Online verfügbar unter <https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-12605/Promotion.pdf>, zuletzt geprüft am 23.03.2023.

Reibnitz, C. v.; Schnabel, P.-E.; Hurrlemann, K. (Hg.) (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von K. Hurrlemann und P. E. Schnabel. Weinheim, München: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung).

Reichardt, C.; Gastmeier, P. (2013): „Patient Empowerment“. In: *Krankenh.yg. up2date* 08 (03), S. 157–164. DOI: 10.1055/s-0033-1344688.

- Renneberg, Babette (Hg.) (2011): Gesundheitspsychologie. Mit 21 Tabellen. [Nachdr.]. Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch : Bachelor, Master), zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Rickheit, G.; Herrmann, T.; Deutsch, W. (Hg.) (2003): Psycholinguistik. Psycholinguistics : ein internationales Handbuch. Berlin: W. de Gruyter (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft Handbooks of linguistics and communication science Manuels de linguistique et des sciences de communication, Bd. 24).
- Rogers, C. R. (2020): Die nicht-direktive Beratung. 16. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- Rosa, H. (2020): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. 4. Auflage. Berlin: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 2272).
- Rosenbrock, R. (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland: Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Hg. v. WZB Berlin Social Science Center. Berlin (No. P. 98-201). Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47378/1/278289975.pdf>, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Rossier, Y. (2010): Das Wohlfühl-Gebot: kritische Betrachtung zum Gesundheitsbegriff. In: *Schweizerische Ärztzeitung* 91 (34). Online verfügbar unter https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2010.15372/74b97c132c1c8d2cd1e94630e908b4377b15ff79/saez_2010_15372.pdf/rsrc/jf, zuletzt geprüft am 07.03.2023.
- Sawatzki, M. (Hg.) (2018): Zukunft der Beratung. Von der Verhaltens- zur Verhältnisorientierung? Unter Mitarbeit von Stephan Rietmann: Springer. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-18009-6.pdf>, zuletzt geprüft am 03.06.2024.
- Schäfter, C. (2010): Die Beratungsbeziehung in der sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung. Zugl.: Tübingen, Univ., Diss., 2009. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, zuletzt geprüft am 09.05.2023.
- Schiersmann, C. (2010): Beratung im Kontext lebenslangen Lernens. Herausforderungen für die Theoriebildung. In: M.I Göhlich, S. M. Weber, W. Seitter und Timm C. Feld (Hg.): Organisation und Beratung. Beiträge der AG Organisationspädagogik. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Organisation und Pädagogik, 8), S. 27–37.
- Schink, A. (2016): Stigma und Anerkennung: Zum Verhältnis zweier Konzepte sozialer Reziprozität. In: Helmut Staubmann (Hg.): Soziologie in Österreich--Internationale Verflechtungen. 1. Auflage. Innsbruck: innsbruck university press (Conference series).
- Schlegel, L. (1993): Handwörterbuch der Transaktionsanalyse. Sämtliche Begriffe der TA, praxisnah erklärt. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Schmale-Riedel, A. (2022): Der unbewusste Lebensplan. Das Skript in der Transaktionsanalyse : typische Muster und therapeutische Strategien. 4. Auflage. München: Kösel.
- Schmidbauer, W. (2018): Hilfloose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. 21. Aufl. Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Schmidt, A. (2016): Warum sind Veränderungsprozesse schwierig? Das Phänomen der Resonanz – eine interdisziplinäre Annäherung und begriffliche Grundlagen. Leibniz Center for Economics. Kiel, Hamburg. Online verfügbar unter

https://www.econstor.eu/bitstream/10419/210653/1/WorkingPaper%2001_2016%20interdisziplin%20Ann.pdf, zuletzt geprüft am 22.03.2023.

Scholz, U.; Rieckmann, N.; Knoll, N. (2017): Einführung Gesundheitspsychologie. 4., aktualisierte Auflage. [Erscheinungsort nicht ermittelbar], Wiesbaden: UTB GmbH; divibib GmbH (Psychomed compact, Band 5).

Schröder, H. (o. J.): Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. Insitut für die Geschichte der Medizin/Robert-Bosch-Stiftung. Frankfurt. Online verfügbar unter <https://www.igm-bosch.de/nocebo.html?file=files/img/pdf-dokumente-publikationen/Sozialgeschichte%20in%20der%20Medizin/nocebo/Hartmut%20Schr%C3%B6der%20%28FrankfurtOder%29%20Verbesserung%20der%20Kommunikation%20als%20L%C3%B6sung%20des%20Nocebo-Problems.pdf&cid=1020>, zuletzt geprüft am 23.03.2023.

Schubert, C.-F.; Rohr, D.; Zwicker-Pelzer, R. (2019): Beratung. Grundlagen, Konzepte, Anwendungsfelder. Wiesbaden, Heidelberg: Springer Fachmedien Wiesbaden (Lehrbuch).

Schuhmann, E. (Hg.) (2017): Resonanz - Rhythmus - Synchronisierung. Interaktion in Alltag, Therapie und Kunst. Unter Mitarbeit von T. Breyer, M. B. Buchholz, A. Hamburger und S. Pfänder. Bielefeld: Transcript Verlag, zuletzt geprüft am 22.03.2023.

Schwarz, G. (2000): Qualität statt Quantität. Motivforschung im 21. Jahrhundert. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrtexte Soziologie). Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-322-80860-8_10.pdf, zuletzt geprüft am 19.03.2024.

Schwarzer, C.; Posse, N. (2005): Beratung im Handlungsfeld Schule. In: *Pädagogische Rundschau* 59 (59), S. 139–151.

Schweidler, W. (2005): Definition von Arzt und Patient aus philosophischer Sicht. In: Schumpelick V. und Vogel, B. (Hrsg.) (Hg.): *Arzt und Patient*.

Seligman, M. E. P. (2016): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz : Weinheim.

Sickendiek, U.; Nestmann, F.; Engel, F. (Hg.) (2014): *Das Handbuch der Beratung, Band 1. Disziplinen und Zugänge*. 3. Aufl. Tübingen: Dgvt-Verl. (1).

Sieckendieck, U.; Engel, F.; Nestmann, F. (Hg.) (2004): *Das Handbuch der Beratung, Band 2. Ansätze, Methoden und Felder*. Unter Mitarbeit von F. Nestmann. 3 Bände. Tübingen: dgvt Verlag.

Statista Lexikon (2024): Absolute Häufigkeit - Statista Definition, zuletzt aktualisiert am 09.02.2024, zuletzt geprüft am 09.02.2024.

Steinmetz, A. (2016): *Nonverbale Interaktion mit demenzkranken und palliativen Patienten. Kommunikation Ohne Worte - KoW®*. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint: Springer VS, zuletzt geprüft am 31.05.2023.

Stewart, I.; Joines, V. (2007): *Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung*. Breisgau: Verlag Herder.

Stichweh, R. (2017): *Profession in einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft*. In: A. Combe und W. Helsper (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. 9. Auflage 2017. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1230), S. 49–70.

- Stimmer, F. (2020): Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 4., aktualisierte Auflage. [S.I.]: Kohlhammer.
- Stöhr, R.; Lohwasser, D.; Noack Napoles., J.; Burghardt, D.; Dederich, M.; Dziabel, N. et al. (2019): Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung. Wiesbaden, Germany: Springer VS. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-20305-4.pdf?pdf=button>, zuletzt geprüft am 15.03.2023.
- Stollberg, G. (2008): Informed Consent und Shared Decision Making. Ein Überblick über medizinische und sozialwissenschaftliche Literatur. In: *SozW* 59 (4), S. 397–411. DOI: 10.5771/0038-6073-2008-4-397.
- Stöppler, C. M. (2022): Medical Definition of Patient. Online verfügbar unter <https://www.medicinenet.com/patient/definition.htm>, zuletzt aktualisiert am 27.12.2022, zuletzt geprüft am 28.12.2022.
- Tiedemann, J. (2007): Die untersubjektive Natur der Scham. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie der Freien Universität Berlin. Online verfügbar unter https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/4758/00_Titelblatt.pdf?sequence=1&isAllowed=y, zuletzt geprüft am 27.11.2023.
- Unschuld, P. U. (2006): Geschichte der Medizin: Der Patient als Leidender und Kunde. In: *Deutsches Ärzteblatt* (103(17): A-1136 / B-959 / C-925). Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/51173/Geschichte-der-Medizin-Der-Patient-als-Leidender-und-Kunde>, zuletzt geprüft am 28.12.2022.
- UPD Deutschland (2022): UPD Monitor Patientenberatung. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/beratung/2022_UPD_Monitor_Patientenberatung.pdf, zuletzt geprüft am 03.06.2024.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2024): Auf einen Blick. Online verfügbar unter <https://www.vzbv.de/ueber-uns/auf-einen-blick>, zuletzt aktualisiert am 23.04.2024, zuletzt geprüft am 23.04.2024.
- Vollmann, M.; Weber, H. (2015): Gesundheitspsychologie. In: A. Schütz, M. Brand, H. Selg, S. Lautenbacher und (Hrsg.): *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder*. 5. Aufl. Hg. v. Astrid Schütz, Matthias Brand, Herbert Selg und Stefan Lautenbacher. Unter Mitarbeit von Anja Achtziger, Martin Baumann, Katja Beesdo-Baum, Jan Born, Frank Borsch, Veronika Brandstätter et al. Stuttgart: KOHLHAMMER VERLAG (EBL-Schweitzer).
- Voß, G.-G. (2008): Gesellschaftlicher Wandel und seine Wirkung auf Beratung. In: *Supervision* (4), zuletzt geprüft am 08.05.2023.
- Wallner, R. M. (2018): *Digitale Medien zwischen Transparenz und Manipulation*: Springer.
- Welt (2012): Ärzte fordern mehr Zeit für Patienten. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146228/Gesundheitsoekonom-Schreyoegg-Mehr-Nachwuchs-in-ambulante-Versorgung-bringen>, zuletzt aktualisiert am 25.04.2024, zuletzt geprüft am 25.04.2024.

Wetzel, D. J. (2017): Resonanz in der Soziologie. Position, Kritik und Forschungsdesiderata. In: E. Schuhmann (Hg.): Resonanz - Rhythmus - Synchronisierung. Interaktion in Alltag, Therapie und Kunst. Unter Mitarbeit von T. Breyer, M. B. Buchholz, A. Hamburger und S. Pfänder. Bielefeld: Transcript Verlag, zuletzt geprüft am 22.03.2023.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Online verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 24.07.2023.

Witzel, A. (2017): Qualitative Längsschnittstudien. In: G. Mey und K. Mruck (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung, S. 1–19.

Wolfslast, G.; Conrads, C. (Hg.) (2001): Textsammlung Sterbehilfe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Woollams, S.; Brown, M. H. (1979): T.A.: Total Handbook of Transactional Analysis: Prentice Hall, zuletzt geprüft am 10.01.2024.

Anlage I – Bestätigung der Ethikkommission

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
MAGDEBURG A.Ö.R.



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

Ethik-Kommission der
Otto-von-Guericke-
Universität an der
Medizinischen Fakultät und
am Universitätsklinikum
Magdeburg A.ö.R.

Ethik-Kommission, Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Leipziger Str. 44 Haus 28, 39120 Magdeburg

Frau M. Sc. I. Wagner

Univ.-Prof. Dr. med. Christof Huth
Vorsitzender

Dr. med. Norbert Beck
Geschäftsführer

Telefon: +49 391 67-14314
Telefax: +49 391 67-14354
elektr. Fax: +49 391 67-290185
eMail: ethikkommission@ovgu.de

Datum
13.02.2017

Unser Zeichen: 11/17

**Die zahnärztliche Patientenberatung
Eine qualitative Untersuchung der Auswirkung von Beratung auf den Klienten mit besonderem
Fokus auf der Empowermentperspektive**

Sehr geehrte Frau M. Sc. Wagner,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

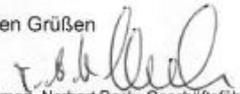
die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie überprüft, in der letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung gekommen, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen.
Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfungswissenschaftlers / behandelnden Prüfarztes bleibt in vollem Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes sowie die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu beachten, was eine Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt.
Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten / Publikationen wird unter Nennung unserer Registrationsnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen


(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. C. Huth
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

Anlage II – Leitfäden der Gruppendiskussionen 2013 -2020



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG

FAKULTÄT FÜR
HUMANWISSENSCHAFTEN

Leitfaden zur Gruppendiskussion

Inhalt	Ziel
<p>Vorstellungsrunde</p> <ul style="list-style-type: none"> Name, Herkunft und „Warum engagiere ich mich für die Patientenberatung?“ 	<p>TN setzen erste Relevanz, zielt auf Begründungsmuster für Patientenberatung</p>
<p>Kopfstandbrainstorming</p> <ul style="list-style-type: none"> Was kann ich als Patientenberater tun, um dem Patienten jedes Vertrauen zu nehmen? Was können wir als Körperschaft tun, um die Patientenberatung in Misskredit zu bringen? 	<p>Möglichst öffnende Sammlung von Ansätzen zur Qualitätssicherung, durch Umdrehung der Fragerichtung werden Denkverbote aufgehoben</p>
<p>Fallsammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> Welcher Fall hat sie besonders beeindruckt? Bitte erzählen Sie es uns in groben Zügen. <p>Akteur:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie haben Sie reagiert, wie sind Sie mit der Situation umgegangen? <p>Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was fanden Sie am Vorgehen des Kollegen gut? Was hätten Sie anders gemacht? <p>Mögliche Zusatzfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie kann man das Hauptproblem des Patienten herausfinden? Wie kann man die Unsicherheit des Patienten wahrnehmen / nehmen? 	<p>An konkrete Erfahrungen anknüpfen, Spektrum und Potenzial der PB sichtbar machen konkrete Verhaltensweisen festhalten, Erarbeitung und Diskussion konkreter Vorgehensweisen, Abgrenzung der realistischen Möglichkeiten und Grenzen der PB</p>
<p>Zusammenfassung Fallbesprechung</p> <ul style="list-style-type: none"> Woran erkennen sie, dass eine PB erfolgreich ist? Was sollte eine gute PB sicherstellen? Was sind die Kernprobleme bei der Beratung? 	<p>Bewertungskriterien, Maßstäbe herausarbeiten, Idealvorstellungen der PB formulieren, Zielvorstellung fokussieren (Indikatoren für gute PB)</p>
<p>Kopfstandbrainstorming - Umdrehen der Kopfstandideen</p> <ul style="list-style-type: none"> Suchen sie sich eine oder mehrere Karten heraus und drehen Sie die Vorschläge ins Positive um: Was sollte eine PB tun, um dem Patienten zu helfen? Was sollten die Körperschaften tun, um den Patienten zu helfen? 	<p>Verhaltensmöglichkeiten für gute PB erarbeiten</p>
<p>Abschlussblitzlicht</p> <ul style="list-style-type: none"> Was nehme ich aus der Diskussion mit? Worauf werde ich in Zukunft achten? 	<p>Fokussierung auf das Wesentliche</p>



FAKULTÄT FÜR
HUMANWISSENSCHAFTEN

Institut I: Bildung, Beruf und Medien
Professur für Betriebspädagogik
Prof. Dr. Michael Dick

Fokusgruppe Zahnärztliche Patientenberatung zum Thema Berichterstattung

Hannover, 23.10.2017, 11:00 bis 15:00

Ziel: Validierung und qualitative Ergänzung der in der standardisierten Auswertung sichtbaren Ergebnisse; übergeordnet: Konsolidierung bzw. Weiterentwicklung der Patientenberatung über regelmäßige Evaluation

Methode: Strukturierte Gruppendiskussion mit Moderation und Kleingruppen

Ansatz: Konstruktive Kontroverse und Kopfstandmethode zur Herausforderung der Befragungsergebnisse aus verschiedenen Perspektiven

Erwartete Teilnehmer/innen: max. 24

Zeitplan

Zeit	Thema	Hilfsmittel
11:00	Begrüßung und Vorstellung Ziel der GD	Plenum
11:15	Präsentation ausgewählter Ergebnisse Kommentare: „Was fällt Ihnen auf?“, „Was ist überraschend?“, „Was ist plausibel?“, „Was fehlt?“	Beamer
11:45	Instruktion für Challenge - Öffentlichkeit - Gesundheitspolitik - Patienten - Praktiker (ZÄ) „Versuchen Sie die Zahlen und Ergebnisse in Zweifel zu ziehen!“ „Was stört Sie? Was gibt es zu kritisieren?“	Kleingruppeneinteilung 4 Flipcharts und Filzstifte



	Sammeln Sie alle Einwände, Bedenken und Gegenargumente!	
12:00	Kleingruppenberatung	
12:30	Mittagspause	
13:00	Challenge: Vorstellung der Einwände und Bedenken sowie deren Entgegnung durch das Plenum	4* 10 Min. (5 + 10) Ungestörte Präsentation 5' Min. (Abbrechen) Zuhörer sammeln ihre Argumente 10' Wortmeldungen der Zuhörer aus dem Plenum der Reihe nach unkommentiert
14:00	„Welche Argumente sind für mich neu, welche erscheinen mir wichtig?“ „Welche Konsequenzen ziehen wir aus den Bedenken, Einwänden und deren Entgegnungen?“ - für die Berichterstattung? - für die Beratung selbst?	
14:45	Abschlussblitzlicht: Was sollte aus Ihrer Sicht vertieft diskutiert werden?	Flipchart

Mögliche Fortsetzung:

Dezentrale Fokusgespräche mit einzelnen Kleingruppen (à 3 bis 4 TN) über die Themen, die nach Auffassung der Gruppe vertieft erhoben, besprochen oder dargestellt werden müssen.

Leitfaden zur Gruppendiskussion 05.09.2018 & 12.09.2018

Thema: Beratung zu Kosten und Beschwerden

Ablaufplan

13:00 – 13:15	Eröffnung und Begrüßung
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde
13:30 – 14:45	Fallsammlung & Diskussion
14:45 – 14:55	Resümee
14:55 – 15:00	Verabschiedung

Moderationsplan

Zeit	Inhalt	Ziel	Hintergrund/ Moderationsansatz
13:00 – 13:15	Begrüßung der Teilnehmer durch Frau Begrüßung der Teilneh- mer durch Ina Wagner (OvGU) FlipChart: Vorstellungsrunde Fallsammlung Diskussion Abschluss	Einstimmen auf die kommende Gruppendiskussion, Hinführung zum thematischen Rahmen der Dis- kussion; Hinweis auf qualitative For- schung; Anonymisierung, Aufnah- megeräte, Instruktion genau for- mulieren!	Ankommen, Einstimmen, in die Rolle rein denken, lösen von even- tuellen Erwartungen die man an die Diskussion mitgebracht hat
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde der Teilnehmer Frage: Wenn Sie an Ihre Tätigkeit als Berater denken, was macht dieses Be- ratungsangebot für die Patienten be- sonders? Dann Zahlen von 2016 als Folien, dann	Gedankliche Orientierung zur Rolle des Beraters und zu den Patienten, hineindenken in Erlebnisse und Er- fahrungen Notieren: Stichworte zu den Beson- derheiten	Perspektivwechsel auf Rolle des Patienten anstoßen. Beratung und die eigene Rolle als Berater betrachten.
13:30 – 14:45Frage: Was sind denn typische Beispiele für diese Kostenthemen? (4-6 Fälle sy- noptisch sammeln, ohne Kommen- tierung, ohne Analyse = Erzählen Sie doch bitte KURZ was ist da passiert) Erzählen Sie uns doch bitte mal aus Ihrer Praxis als Patientenberater, mit welchen Anliegen im Bereich des Kos- tenthemas die Patienten zu Ihnen kommen. Welche sind Ihnen besonders im Ge- dächtnis geblieben? Gibt es Beispiele wo finanzielle Irrita- tionen die Arzt-Patienten-Beziehung belasten? Welche Bedürfnisse leiten den Pati- enten in dieser Situation was stehen Ihrer Meinung nach dahinter? (eng an den Situationen diskutieren) Wo- ran erkennen Sie die Bedürfnisse der Patienten? Wie gut können Sie diese Bedürfnisse erkennen, fällt es Ihnen leicht darauf einzugehen, was brau- chen Sie dafür um diese zu erken- nen?	Aufnahme der Ist-Situation, was steckt noch weiter dahinter als das reine „Kostenthema“, mit welchen Anliegen verbinden die Patienten das Kostenthema und welche Fra- gen werden dazu konkret gestellt. Verifizierung ob Vergleichbarkeit zu 2016 noch vorhanden ist oder ob dies aus der tatsächlichen Praxis an- ders gesehen wird. Notieren: Stichpunkte Themen, Stichpunkte Gründe Kontextfragen: Kommen den Pati- enten vor oder nach der Inan- spruchnahme einer Behandlung zur Beratung mit dem Kostenthema? Wann werden Beschwerden geäu- ßert – vor oder nach der Behand- lung?	In der Erhebung 2016 standen die Kosten- und Rechtsthemen mit 56,1% (n=13.976) an ersten Stelle; Unterthemen: Umfang und An- spruchsvoraussetzungen von Lei- tungen eines Kostenträgers, Prü- fung der Rechtmäßigkeit von Geldforderungen (31,4%), Patien- tenrechte, Gutachten, Gutachter, Zweitmeinung& Schlichtung (28,9%) Berufspflichten und Ver- haltensnormen (19,9%), weitere Kostenthemen (19,8%). Kostenthemen sind schon seit ca. Jahren ein zunehmendes Thema in der Patientenberatung > welche Gründe gibt es dazu? Was genau ist eine Beschwerde? Wo fängt eine Beschwerde an, wo hört Beratung auf? (Be- schwerde verursacht ja einen Rechtfertigungsdruck welcher von der Logik einer Beratung ab- weicht)
14:00 – 14:15 Plan B	Frage: Wenn wir uns nun die vorge- stellten Fälle, Themen bzw. Gründe anschauen würde mich sehr interes- sieren, welche Ursachen Sie als Be- rater und Experte im Berufsstand sehen,	Eröffnung der kritischen Phase der Betrachtung, offenes spekulieren und Aufnehmen von Ideen und An- sätzen für die Ursachen; Teilnehmer dürfen gerne auch reine Annahmen & Vermutungen äußern welche	Evtl. kritisch/provokatives Nach- fragen um Diskussion er beleben und Ideenspektrum zu vergrößern; Überspitze und Plakative Äußerungen befeuern ebenfalls

	dass die Patienten mit diesen Anliegen zu Ihnen kommen.	dann Diskutiert und auf Ihren realitätsgehalt abgewogen werden Notieren: Ideen und Ansätze in Stichpunkten sammeln, ggf. mit Blitz wenn es kritische Hinweise dazu gibt Kontextfragen: Welche Rolle spielt der Behandler bei diesem Thema hinsichtlich der Aufklärungspflicht resultierend aus dem Patientenrechtgesetz? Welcher Rolle spielt das Bonusheft und etwaige fehlende Stempel in Bezug auf die Beratungsfälle)	die Diskussion und regen den Austausch an; Lösungsansätze sollen hier noch nicht Diskutiert werden – diese Aspekt mit der Bitte um Beibehaltung auf den nächsten Punkt etwas schieben Hat das Patientenrechtgesetz Einfluss auf die Gründe der Irritation in der Arzt-Patienten-Beziehung bezogen auf die Kostenthemen?
14:15 - 14:40 Plan B	Frage: Nun haben wir die Kostenthemen schon sehr gut aufgeblättert und in der Tiefe angeschaut – es fehlen uns noch Ansätze bzw. Ideen was Sie denken, welche Maßnahmen zur Behebung der Ursachen eingesetzt werden könnten. Haben Sie diesbezüglich Ideen oder Vorschläge? Was denken Sie könnte den Patienten helfen um das Thema vielleicht transparenter, einfacher, durchschaubarere zu machen, damit diese mehr Sicherheit erlangen	Eröffnung der Utopie –Phase; Sammlung von Ansätzen und Ideen zur Verbesserung der Lage der Patienten hinsichtlich von Unsicherheiten bezüglich der Kostenthemen; Notieren: Ansätze und Verbesserungsideen sammeln	Versuch der perspektivischen Betrachtung beider Seiten – was braucht der Patient, was der Behandler? Müssen Patienten sich mehr mit der Situation befassen um Transparenz zu erreichen oder müssen Behandler/Krankenkassen für mehr Verständnis und Transparenz sorgen. Ist ggf. genau dies wieder der Begründungszusammenhang für die Patientenberatung „Lotsenfunktion im System“, Auffangen der Patienten in ihren Unsicherheiten, da Behandlungssituation dazu führt, dass Patient nur selten aktiv zuhören und Fragen formulieren kann?!
14:45 – 14:55	Gemeinsamer Abschluss: Können diese finanziellen Themen das Verhältnis zum Behandler belasten? Wie stark kann das es belasten? Möchten Sie noch etwas ergänzen? Ist Ihrer Meinung zum Thema noch etwas offen geblieben. Gemeinsames Resümee	Teilnehmer abholen und Möglichkeit bieten verborgenes noch zu äußern in Anlehnung an den thematischen Rahmen der Veranstaltung. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse und Aussagen der Veranstaltung; Notieren: Thematische Ergänzungen und Stichpunkte zum Gesagtem	Bilanzierungsfrage zum Schluss um Resümee abbilden zu können.
14:55 – 15:00	Abschließende Worte Ina: Dank für Teilnahme, Besonderheit der Berater und des Beratungsangebotes herausstellen und Wichtigkeit der Berater an diesen Diskussionen betonen Abschließende Worte Frau ; Verabschiedung	Ausklang der Veranstaltung und mit einer Wertschätzenden Haltung die Veranstaltung schließen, Bereitschaft zur nochmaligen Teilnahme wecken.	

Benötigtes Material: 2 Flipcharts, Stifte, Metaplanwand mit Papier, 2 Aufnahmegeräte mindestens

Frage an Gibt es dazu aktuellere Zahlen aus 2017 > hab ich schon bekommen.

Thematischer Rahmen: Heil- und Kostenpläne, Rechnungen, Eigenanteile, Mehrkosten, private Leistungen, Patientenrechte, Berufspflichten und Verhaltensnormen, Gutachten & GutachterDarüber hinaus: Unsicherheiten, Finanzielle Ängste, Existentielle Ängste, unerfüllte Erwartungen, Kommunikationsbarriere Behandlung, Intransparenz des Gesundheitssystems für bestimmt Patientengruppen, Dienstleistungsanspruch vs. Ärztliche Hilfe,

Moderation: Zirkuläres Fragen, Paraphrasieren, Zeit einhalten, am Thema bleiben, kritisch-provokative Diskussionen konstruktiv umwandeln und Ansätze ggf. mit Blitzen kennzeichnen

Leitfaden zur Gruppendiskussion 25.09.19 & 02.10.19

Thema: Patientenrecht/Umfang und Anspruchsvoraussetzungen von Leistungen

Ablaufplan

13:00 – 13:15	Eröffnung und Begrüßung
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde
13:30 – 14:45	Fallsammlung & Diskussion
14:45 – 14:55	Resümee
14:55 – 15:00	Verabschiedung

Moderationsplan

Zeit	Inhalt	Ziel	Hintergrund/ Moderationsansatz
13:00 – 13:15	Begrüßung der Teilnehmer durch Frau Wagner (OvGU) Begrüßung der Teilnehmer durch Ina Wagner (OvGU) FlipChart: Vorstellungsrunde Fallsammlung Diskussion Abschluss	Einstimmen auf die kommende Gruppendiskussion, Hinführung zum thematischen Rahmen der Diskussion; Hinweis auf qualitative Forschung, Anonymisierung, Aufnahmegeräte, Instruktion genau formulieren!	Ankommen, Einstimmen, in die Rolle rein denken, lösen von eventuellen Erwartungen die man an die Diskussion mitgebracht hat
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde der Teilnehmer Frage: Wie ist es Ihnen im letzten Jahr mit Ihren Patienten/Klienten und der Patientenberatung ergangen? Was gibt es neues, Was ist Ihnen aufgefallen?	Gedankliche Orientierung zur Rolle des Beraters und zu den Patienten, hineindenken in Erlebnisse und Erfahrungen Notieren: Stichworte zu den Besonderheiten, Themen die auffallen (Änderungen Berichtssystem etc.)	Perspektivwechsel auf Rolle des Patienten anstoßen. Beratung und die eigene Rolle als Berater betrachten.
13:30 – 13:45	Patientenrechte ein zunehmendes Thema in der Beratung - Warum ist das so? Wie fühlen sich Patienten derzeit im System der Zahnmedizin? Wie fühlen sich Behandler derzeit in Bezug auf Ihre Patienten?	Kurze Aufnahme der Ist-Situation aus Sicht des Patienten und der Zahnmediziner um ein Stimmungsbild zeichnen zu können – eventuell zeichnen einer Verlaufskurve Stimmung Zahnmediziner, Stimmung Patienten?	Patientenrecht in Erhebung 2018 13% von 35.532 Beratungsfällen – aufgeschlüsselt: Selbstbestimmungsrecht 5,5%, Freie Arzt&Krankenhauswahl 2,0%, Einsicht Krankenunterlagen 30,93% , Zweitmeinung 31,0% , Datenschutz 0,50%, Gewährleistungen Zahnersatz 22,5% , Gewährleistung sonstiges 2,7%, Andere 4,5%
13:45 – 14:45	Fallsammlung & Assoziationsbilder Nehmen Sie sich zehn Minuten Zeit und denken an einen Fall, der Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben ist wenn wir über Patientenrechte, Stärkung des Patienten oder über die triadische Beziehung Patient-Arzt- Berater, Beschwerden nachdenken und machen dazu kurze Stichpunkt um uns den Fall anschließend zu erzählen. Nehmen Sie bitte spontan ein Bild dazu, welches diesen Fall, Ihre Gefühle und Erinnerungen an diesen Fall widerspiegelt und erklären Sie uns bitte warum.	Möglichst passende Fälle zu extrahieren und in allen drei Rollenspektren darstellen zu können. Anhand der Bilder kann das erlebte Visualisiert werden und für die anderen Teilnehmerinnen besser Nachvollziehbar und Erlebar gemacht werden. Freies Arbeiten und sprechen lockert die sitzende Situation auf und ermöglicht bessere Entfaltung. Karten mit Stichpunkten helfen den Fall zu Rekonstruieren und systematisch für die Anderen aufzubereiten.	Visualisierungen helfen um eine Geschichte bzw, einen Fall anschaulicher zu machen und besser nachvollziehen zu können. Bei der Auswahl der Bilder wird der Berater dazu veranlasst, nicht nur sachlich an den Fall zurück zu denken sondern auch auf der Emotionalenebene hinsichtlich seiner Rolle, des Patienten oder des Behandlers.

14:45 – 14:55	Gemeinsamer Abschluss: Sagen Sie nochmal kurz und knackig, was kann unsere Patientenschaft stärken, was unsere Behandler? Gemeinsames Resümee	Schlagwörter einsammeln und notieren um das Thema abschließend zu Rahmen und ggf. unausgesprochenes einzusammeln - daraus kann ggf. Wordcloud für Bericht entwickelt werden	Gesamt Paraphrasierung, Themen- und Diskussionsschließung, Sammlung falls noch etwas unbedingt gesagt werden muss aufnehmen
14:55 – 15:00	Abschließende Worte Ina: Dank für Teilnahme, Besonderheit der Berater und des Beratungsangebotes herausstellen und Wichtigkeit der Berater an diesen Diskussionen betonen Abschließende Worte Frau /erabschiedung	Ausklang der Veranstaltung mit einer Wertschätzenden Haltung die Veranstaltung schließen, Bereitschaft zur nochmaligen Teilnahme wecken.	
<p>Benötigtes Material: 2 Flipcharts, Stifte, Metaplanwand mit Papier, 2 Aufnahmegeräte mindestens, Karteikarten damit Teilnehmerinnen Ihren Fall notieren können, Assoziationsbilder Bild „Stufen der Eskalation –Deeskalationen“</p> <p>Thematischer Rahmen: Die helfende Beziehung!, Patientenrechte, Erstattungsverhalten, Aufklärung, Beziehungskonstellationen</p> <p>Darüber hinaus: Unsicherheiten, Finanzielle Ängste, Existentielle Ängste, unerfüllte Erwartungen, Kommunikationsbarriere Behandlung, Intransparenz des Gesundheitssystems für bestimmte Patientengruppen, Dienstleistungsanspruch vs. Ärztliche Hilfe,</p> <p>Moderation: Zirkuläres Fragen, Paraphrasieren, Zeit einhalten, am Thema bleiben, kritisch-provokative Diskussionen konstruktiv umwandeln und Ansätze ggf. mit Blitzen kennzeichnen</p>			

Leitfaden zur Gruppendiskussion 21.10.2020 & 28.10.2020

Thema: Beratungen zu Adressen, Verbraucherinformationen

Ablaufplan

13:00 – 13:15	Eröffnung und Begrüßung
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde
13:30 – 14:45	Einführung in das Thema
14:45 – 15:15	- Pause -
15:15 – 16:00	Fallsammlung und Diskussion
16:00 – 16:15	- Pause -
16:15 – 16:45	Fallsammlung und Diskussion
16:45 – 17:00	Gemeinsames Resümee & Verabschiedung

Moderationsplan

Zeit	Inhalt	Ziel	Hintergrund/ Moderationsansatz
13:00 – 13:15	Begrüßung der Teilnehmer durch) Begrüßung der Teilnehmer durch Ina Wagner (OvGU)	Einstimmen auf die kommende Gruppendis- kussion, Hinführung zum thematischen Rah- men der Diskussion; Hinweis auf qualitative Forschung, Anonymisierung, Aufnahmegeräte, Technische Hinweise zur Software und An- wendung!!!	Ankommen, Einstimmen, in die Rolle rein denken, lösen von eventuellen Er- wartungen die man an die Diskussion mitgebracht hat
13:15 – 13:30	Vorstellungsrunde der Teilnehmer Frage: Wie ist es Ihnen im letzten Jahr ergangen? Wie hat Corona Ihre Arbeitsituation verändert?	Gedankliche Orientierung zur Rolle des Ber- aters und zu den Patienten, hineindenken in Er- lebnisse und Erfahrungen	Perspektivwechsel auf Rolle des Pati- enten anstoßen. Beratung und die ei- gene Rolle als Berater betrachten. Corona muss anfangs thematisiert werden, sonst wird es immer wieder Thema.
13:30 – 14:45	>Thema Beratung zu Adressen & Verbraucherinformation – >Blitzlicht – Ohne Kommentare o- der Diskussionen Was sind die üblichen Fragen zu die- ser Thematik? >An welche besonderen Fälle den- ken Sie in diesem Zusammenhang? >Wo sehen Sie Diskrepanzen zwi- schen Dürfen und Können in der Vermittlung von Verbraucherinfor- mationen? Hintergrundfragen: >Können Ratsuchende eine Be- handlung zwischen Praxis und MVZ unterscheiden? Gibt es Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnis von Patienten die in einer Praxis be- handelt werden und die in einer MVZ behandelt werden? >Was verbirgt sich hinter dem Thema „Andere“ in der Statistik? >Was würden Sie sich wünschen be- züglich dieser Thematik in Ihrem Be- rateralltag?	Hinführung zum Thema mit Sammlung von Stichworten durch die Thematik. Besonderhei- ten abbilden und auch allgemeinen Umgang mit Verbraucherinformationen. Was brauchen die Patienten in dieser Thematik was wird abgefragt. Wo gibt es auch Grenzbe- reiche in dieser Thematik (rechtliche Vorgaben und tatsächlicher Umgang). Was brauchen die Berater in diesem Themenkomplex? Extrahieren der Thematik durch Fallsammlung wie ist die globale Einbettung der Thematik in Form von Kammern, KZV, Gesundheitsmanage- ment	Aus der Auswertung der vorangegan- genen Daten wurde extrahiert, dass die Patientenberaterinnen und Ber- ater ganz unterschiedlich mit dem Thema umgehen. Es gibt Thema die ganz klar sind, wie die Herausgabe der Patientenakte, es gibt aber auch Infor- mationen die nicht klar sind, wie die Empfehlung durch Postleitzahlen und das benennen einzelner Fachmedizi- ner. Weitere Spezialthemen wie Kin- derzahnheilkunde, Altezahnheilkunde und Behindertenzahnheilkunde sind hier sicher aufkommende The- men. >Kritische Rückfrage, wenn es passt: Gibt es Fälle in denen Sie hätten mehr helfen können, wenn Sie mehr Infor- mationen hätten preisgeben können? >Fälle sollten eher allgemeingütigen Charakter haben, und nicht unbedingt Sonderfälle der Beratung darstellen. Gesucht wird der „Klassiker“! > Lernen tun wir an den Leuchtturmbeispielen, welche wir auch extrahieren möchten.
15:15 – 16:45			
16:45 – 17:00	Gemeinsames Resümee zum Thema – Zusammenfassung Abschließende Worte Ina: Dank für Teilnahme, Besonderheit der Ber- ater und des Beratungsangebotes herausstellen und Wichtigkeit der Berater an diesen Diskussionen be- tonen Abschließende Worte Verabschiedung	Schlagnwörter einsammeln und notieren und das Thema abschließend zu Rahmen und ggf. unausgesprochenes einzusammeln Ausklang der Veranstaltung mit einer Wert- schätzenden Haltung die Veranstaltung schlie- ßen, Bereitschaft zur nochmaligen Teilnahme wecken.	Gesamt Paraphrasierung, Themen- und Diskussionsschließung, Sammlung falls noch etwas unbedingt gesagt wer- den muss aufnehmen

Benötigtes Material: Laptop und ggf. Aufnahmegerät zur Absicherung

Anlage III – Kategoriensystem der Gruppendiskussionen

Codesystem	7																				
Setting/Moderation	7			2	4	4	5							19	28	35					
Technische Instruktion/Probleme	10	12																			
Zoom	1																				
Evaluation Gruppendiskussion	9				7																
Methode/Aufgabe in GD	18	2	1	7	4	1								18							
Inhaltsloses Wortmeldung	126	35	43	28	91	96	98	92	37	69											
Moderatorenfrage/Rückfrage	47	13	11	20	18	36	28	11	47	23											
Leitfragen der GD (+)/Begrüßung/Verabschiedung	4	4	10	3	11	9	18	4	1	9											
Moderatorenfrage/Rückfrage	17	10																			
Corona	10	10	19	9	29	36	4													19	
Inhaltsbeschreibungen & -kriterien	41	11																			
Themen	2	1	1	8	7	12															1
Adressen/Verbraucherinformationen		1	1				2														
Konfliktsituation aus der Behandlung				3																	
Störung APB durch Dritte				1			5														
Informationspflicht Patient	2			1			9														
PatientenInformationsdruck				3	7	7	1	7	5	1											4
Gefahr Mediennutzung					4		5	1													
ZFA/Personal				1				2													2
Aufklärung	1			2	1	5	2														
Wirtschaftliche Aufklärung				12		3	3														
Entwicklungstendenzen	1			5	1	8	1														
Wünsche/Aussichten				1	2	2	6														1 1
Behandlung				2	1																1
Alterszahnheilkunde	1							1	9												
Wirtschaftliche Zwänge				2																	
Patienten	2			3	3	2															
Verändertes Patientenbild				1			13														
Internet/Soziale Medien	1													3							
Curriculum	1			2	7	1	3							1	8						
Fianzen	1			1	4	4								1							
Beratung	2					2								2	3						
Mediziner				3		1								4	8	4	13				
Systemische Rahmung				3	1																
Einbindung Berufsstand	1			1	4	3	1		5												
Einbindung Kammern/KZV/Kassen				1		8	1														
Weitere Beratungsangebote	1			6		5															
Politische Einordnung Medizin allg.	1	1	1	8	5	6	2														
Politische Einordnung PB	4		4			10															
Patientenrechtegesetz				3	6	1															
				2		2															
				4	8	2															11 7

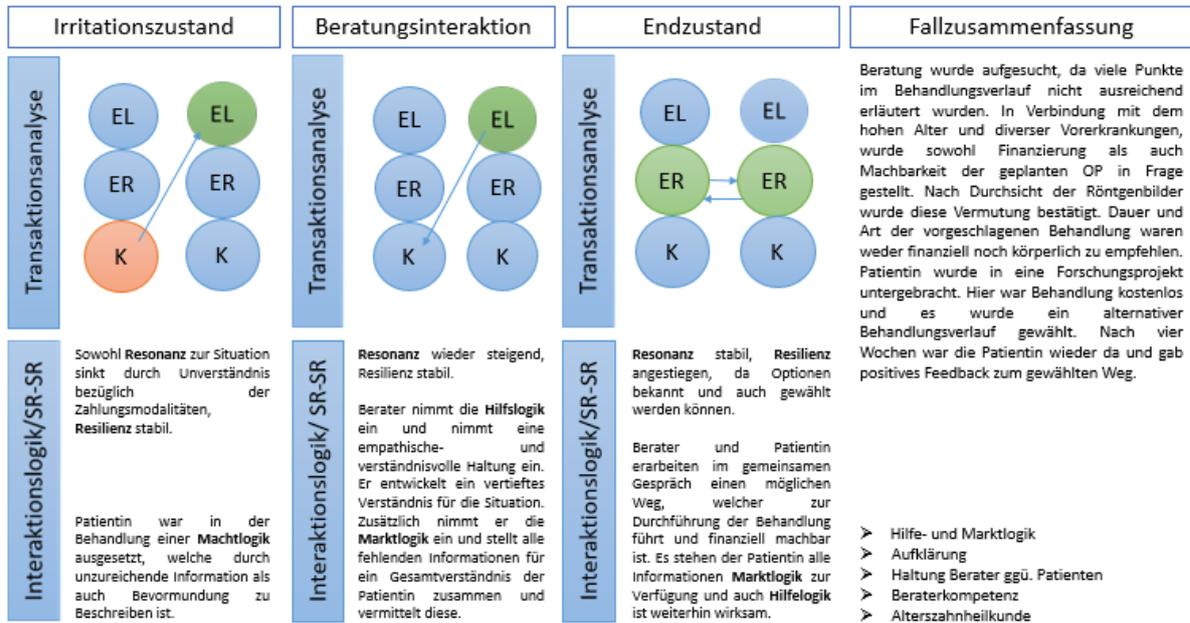
Setting Patientenberatung			4	1		1	1		9	2
Formale Vorstellung PB	1			1					52	29
Abgrenzung Zweitmeinung	11	5	7	1	3	16		1		17
Kernfrage/Kernaussage	3									
Reflexion	2			1		6	1			5
Begründung PB	1		1	2	2	14		1		4
Anforderung an PB								2	1	2
Abgrenzung PB	8			2	1	3	1		1	5
Grenzen der Beratung	1	1		1	3	6		1	1	3
Teilhabe	1	1				1		4	2	4
Gefahr Patientenberatung				1	1	1	1			
Optimierung PB				7	5	11	1			4
Ausstattung Beratungsplatz	1	1					8			
Fallsammlung				3	1					
Fallbeschreibung				1					7	
Interaktionskriterien & -beschreibung							1			1
Vertrauen	4		1		5	2			6	2
Vertrauensverlust durch die Medien								1	1	3
Vertrauensrekonstruktion	3		2	3	9	3				1
Vertrauensverlust in der Behandlung									6	1
Gründe Vertrauensverlust in PB	1	1							4	2
TA			5		7	6	3	9	2	4
Haltung/Beziehungseben	1							9	4	
Empowerment	3			2	4				4	
Erwartungen				7			19	12		
Haltung Behandler ggü. ZFA/Personal							1	3		
Haltung Patient ggü. Behandler	14		2		8	10	38	14		
	1			1			1	6	1	
	9		4	9					12	14
										11

Anlage IV – Transaktionsanalytische Prozessdarstellung

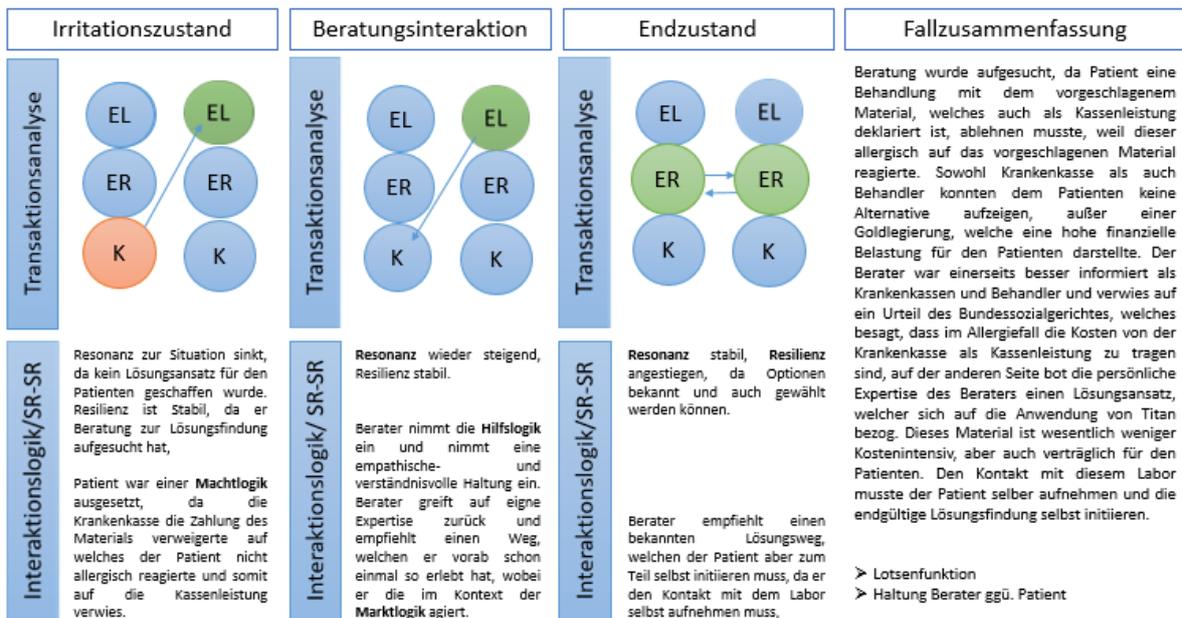
Transaktionsanalytische Prozessdarstellung unter Berücksichtigung der Interaktionslogik und Annahmen zur Situationsresonanz und Situationsresonanz

Endpositionen des Prozessmodells bzw. nicht auswertbare Fälle	n=
Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden ER-ER	21
Beratungsprozess mit einem gekreuzten Transaktionsende	4
Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden außerhalb der ER-ER Ebene	3
Episodische Bericht und nicht auswertbare Fälle	20

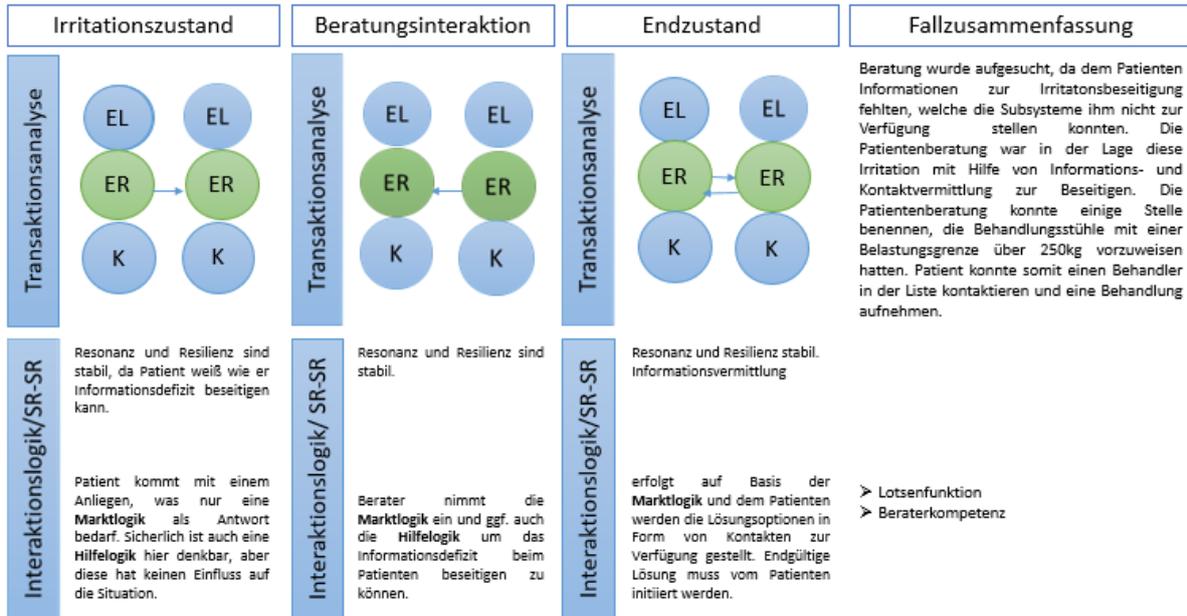
1. Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden ER-ER



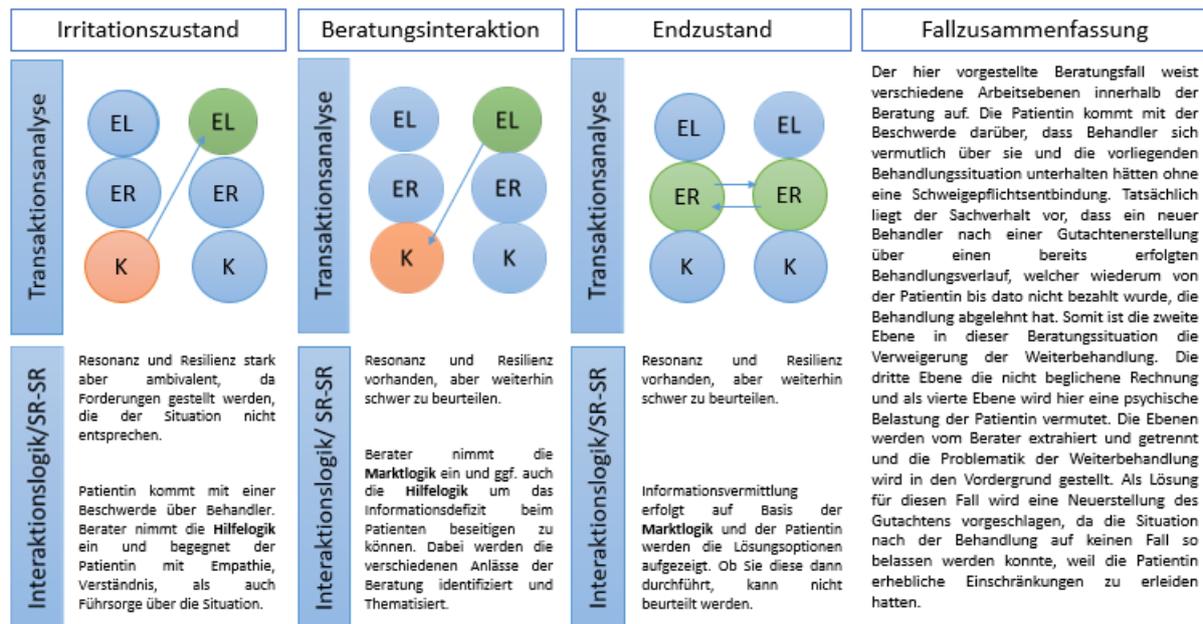
Fall 1



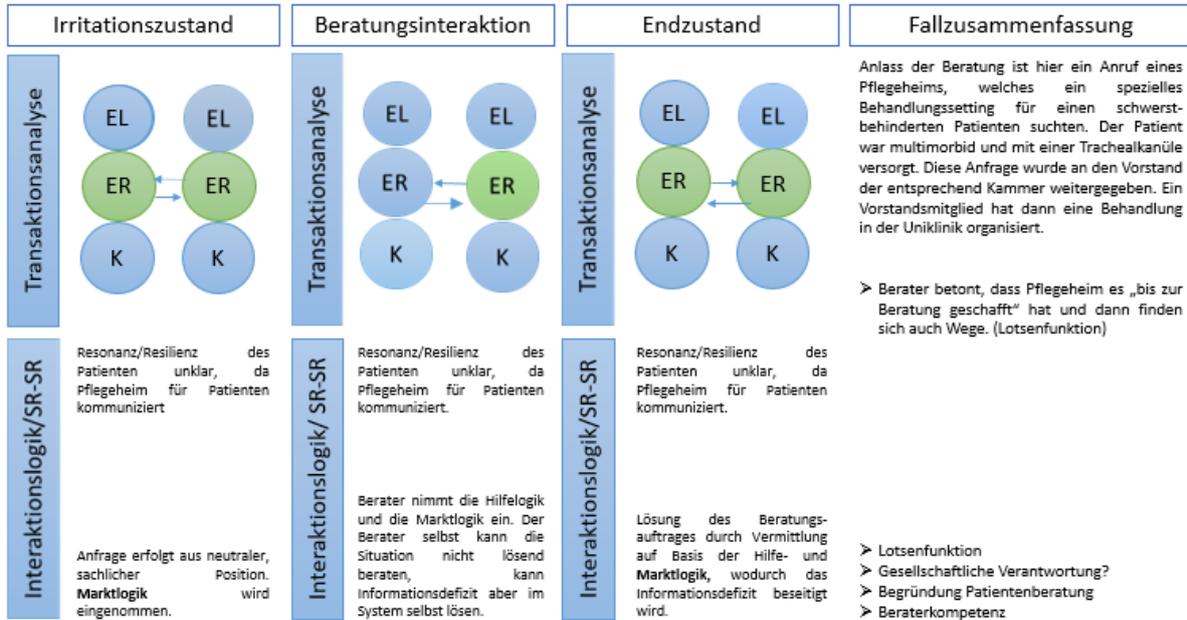
Fall 2



Fall 3

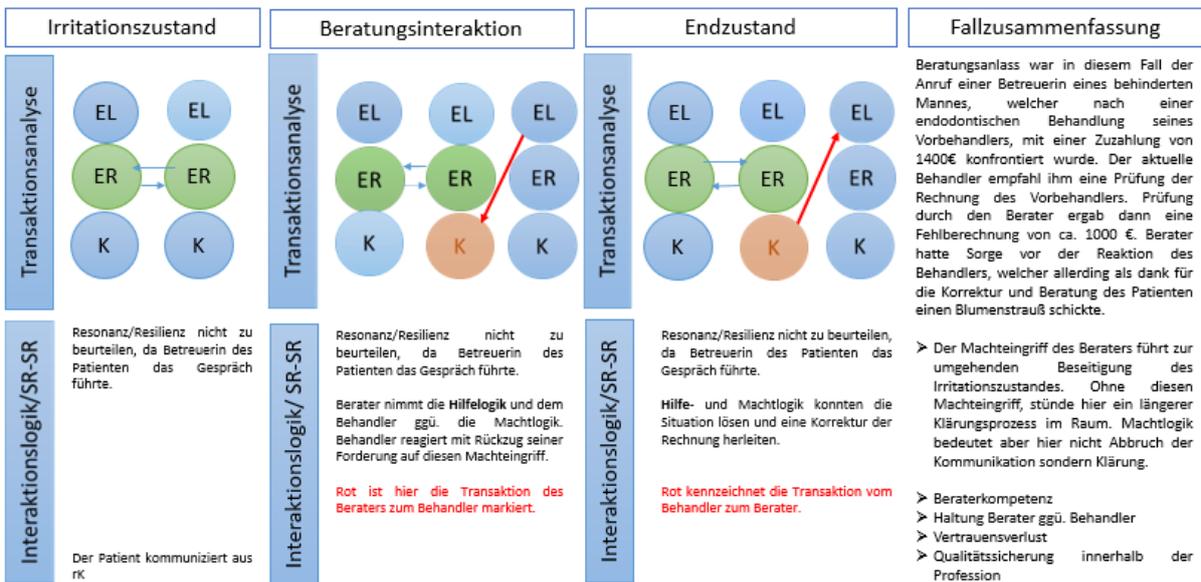


Fall 4



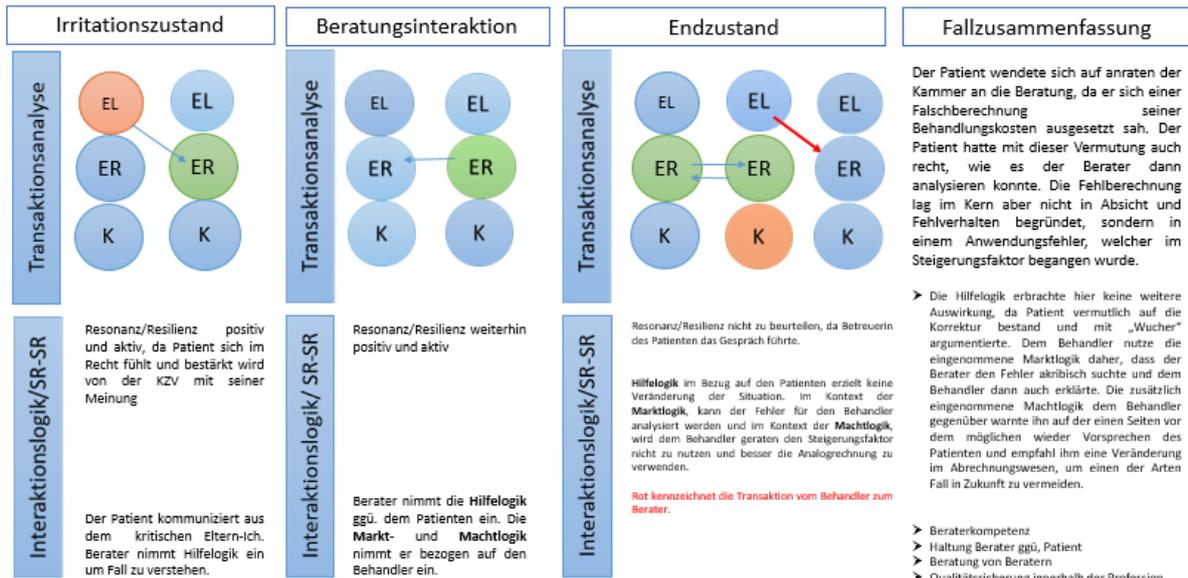
Fall 8

Die Erweiterung um ein weiteres Funktionsmodell stellt die Einbindung einer weiteren Person in die Kommunikation dar

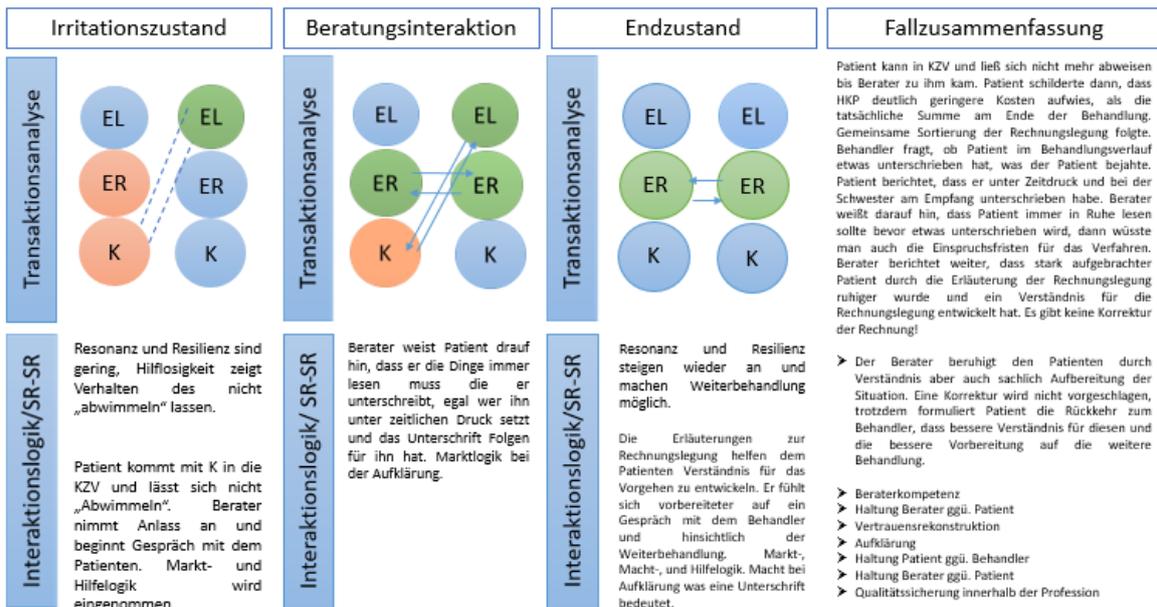


Fall 14

Die Erweiterung um ein weiteres Funktionsmodell stellt die Einbindung einer weiteren Person in die Kommunikation dar



Fall 15



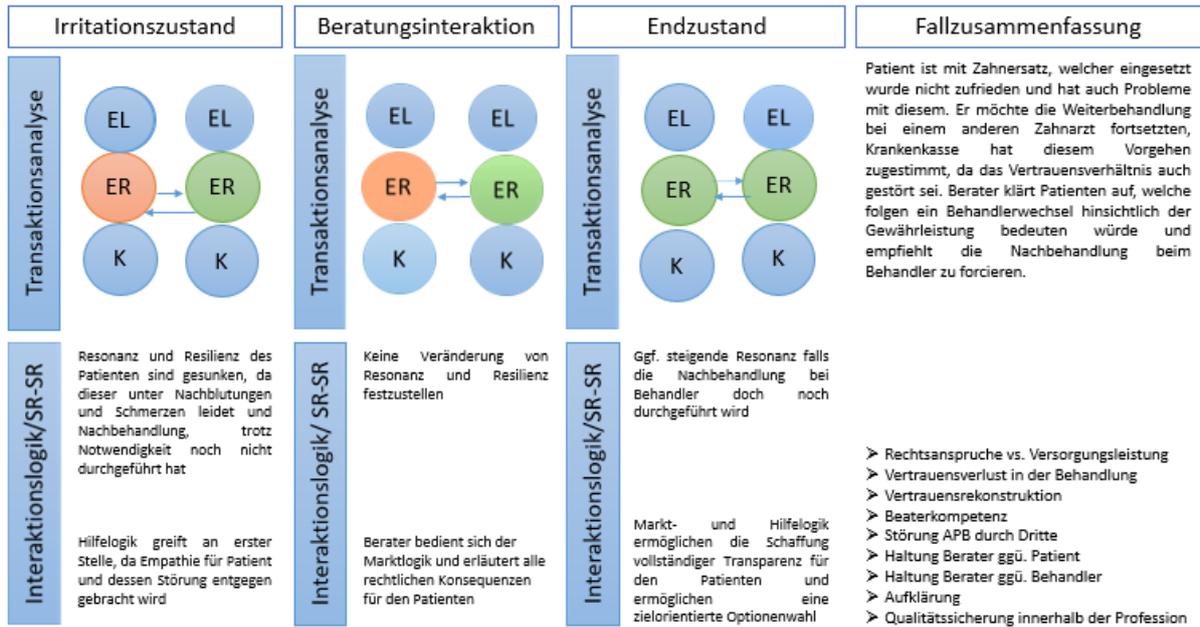
Fall 19

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Berater berichtet von einem Patienten, bei dem eine Wurzelbehandlung auf Privatrechnung gemacht werden sollte. Der Behandler schlug keine Behandlung auf Kassenleistung vor. Berater verwies auf die Aufklärungsblätter der KZBV. Berater berichtet von der Beruhigung des Patienten durch Aufklärung und verweist auf Pflicht zum Angebot einer Kassenleistung. Patient gab zum späteren Zeitpunkt nochmal Feedback, dass er beruhigter war, seinen Behandler besser versteht und die Behandlungsoption nochmal mit dem Behandler besprochen hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wissensasymmetrie ➤ Beraterkompetenz ➤ Aufklärung ➤ Vertrauensrekonstruktion ➤ Haltung Patient ggü. Behandler ➤ Rechtsanspruch vs. Versorgungsleistung
Interaktionslogik/SR-SR	<p>Resonanz und Resilienz leiden nicht unter diesem Defizit. Bewältigungsstrategie ist vorhanden.</p> <p>Klassisches Informationsdefizit ohne psychische Belastungsfaktoren. Patient kommt auf EL und Berater reagiert auf EL. Marktlogik wird von Berater eingenommen.</p>	<p>Resonanz und Resilienz leiden nicht unter diesem Defizit. Bewältigungsstrategie ist vorhanden.</p> <p>Marktlogik und Aufklärung</p>	<p>Resonanz und Resilienz leiden nicht unter diesem Defizit. Bewältigungsstrategie ist vorhanden.</p> <p>Auch Patient nimmt Marktlogik ein, da Verständnis für die Situation aufgebaut wird.</p>	
Interaktionslogik/SR-SR				

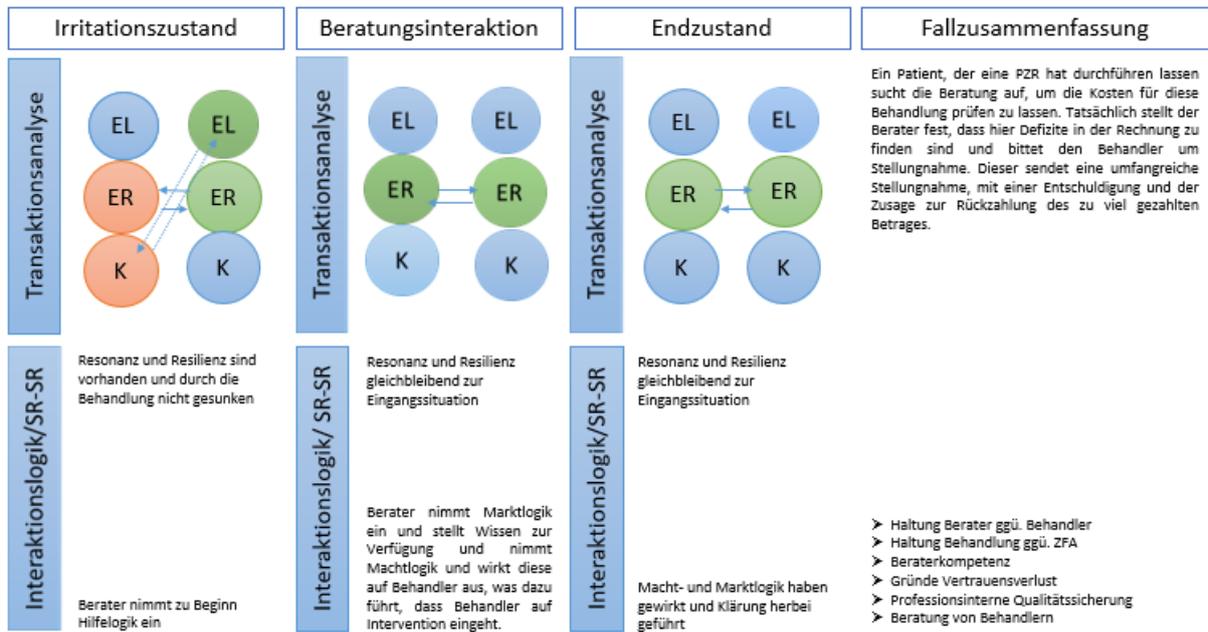
Fall 22

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Berater berichtet von einem Fall mit einem kleinen Mädchen, welches zur Extraktion eines Milchzahns in die Praxis gebracht wurde. Vereinbart wurde Extraktion eines Zahns. Als die Eltern das Kind zurück bekamen, fehlte diesem die ganze untere Front. Zahnarzt argumentiert, dass die Frontzähne locker waren und eine Gefahr des Verschluckens des Inkubationsbestecks bestand. Eltern waren in der Nähe während das Kind in Vollnarkose behandelt wurde und wurden über Veränderung nicht informiert. Fall wird an die Rechtsstelle weitergegeben und wird vor Gericht gehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deutlich wird der professionsinterne qualitätssichernde Faktor, da die Klärung im geschlossenen System bleibt ➤ Vertrauensverlust in der Behandlung ➤ Lotsenfunktion ➤ (Qualitätssicherung innerhalb der Profession) ➤ Lotsenfunktion ➤ Beraterkompetenz ➤ Haltung Berater ggü. Patient ➤ Hilfebeziehung ➤ Beziehungsebene > Asynchron – Paternalistisch
Interaktionslogik/SR-SR	<p>Resonanz und Resilienz sind noch vorhanden, da Beratung zur Unterstützung aufgesucht und mit eingebunden wurde.</p> <p>Hilfs-, Markt- und Machtlogik greifen hier zu gleichen Teilen, Hilfe für die Klienten durch Nutzung der Markt- und auch der Machtlogik, welche die Beratung als solche inne hat.</p>	<p>Keine Veränderungen im Bereich der Resonanz und Resilienz ableitbar</p> <p>Markt- und Machtlogiken greifen in der Interaktion, welche die Klärung einleitet</p>	<p>Keine Veränderungen im Bereich der Resonanz und Resilienz ableitbar</p> <p>Alle drei Interaktionslogiken führen zu einer Weiterleitung an die zivilgerichtliche Instanz</p>	
Interaktionslogik/SR-SR				

Fall 23



Fall 24



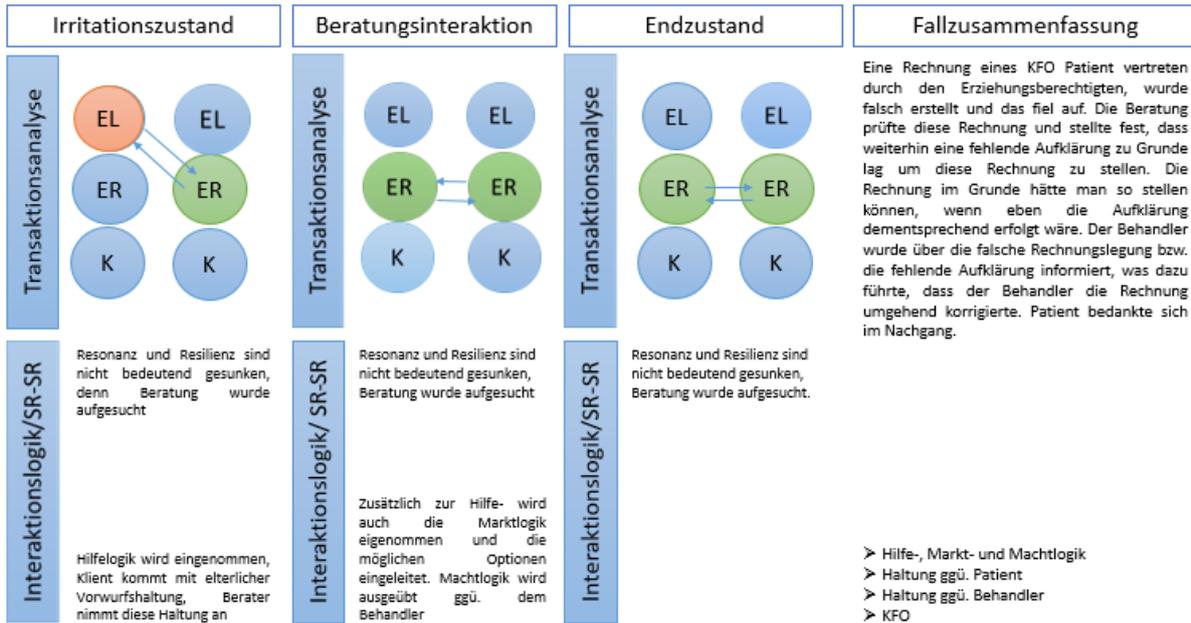
Fall 27

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz und Resilienz des Klienten selbst, sind in diesem Fall nicht ableitbar, da der Betreuer des Patienten die Kommunikation übernimmt Berater nimmt die Hilfelogik ein und versteht die Situation des Betreuers und seines Klienten	Resonanz und Resilienz des Klienten selbst, sind in diesem Fall nicht ableitbar, da der Betreuer die Kommunikation übernimmt Berater nimmt neben der Hilfe- auch die Markt- und Machtlogik ein. Marktlogik, indem die Rechnung überarbeitet und die Machtlogik, indem er den Behandler damit konfrontiert	Resonanz und Resilienz des Klienten selbst, sind in diesem Fall nicht ableitbar, da der Betreuer die Kommunikation übernimmt Einnahme der drei Logiken führt zur Beseitigung der Störung des Falles und führt darüber hinaus zu weiterführenden qualitätssichernden Handlungen	Betreuer eines behinderten/eingeschränkten Patienten bat bei der Beratung um die Sichtung und Überprüfung der Rechnung, da diese nach einer Behandlung von zwei Zähnen den Betrag von 1300 Euro aufwies. Nach Entbindung der Schweigepflicht prüfte Berater der Rechnung und stellte enormes Defizit fest. Nach der Korrektur der Rechnung, welche dann einen Betrag von 300 Euro aufwies, kontaktierte der Berater den Behandler, verwies ihn auf den falschen Rechnungsbetrag, stellte ein Disziplinarverfahren bei wiederholter Auffälligkeit in Aussicht und rechnete mit einem Streit mit diesem. Der Behandler hingegen bedankte sich und schickte im folgenden verschiedene Rechnungen mit der Bitte um Überprüfung, bevor er diese an seine Kunden verschickte. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Haltung Berater ggü. Behandler ➤ Haltung Behandler ggü. Berater ➤ Beraterkompetenz ➤ Macht-, Markt- und Hilfelogik ➤ Professionsinterne Qualitätssicherung ➤ Beratung von Behandler

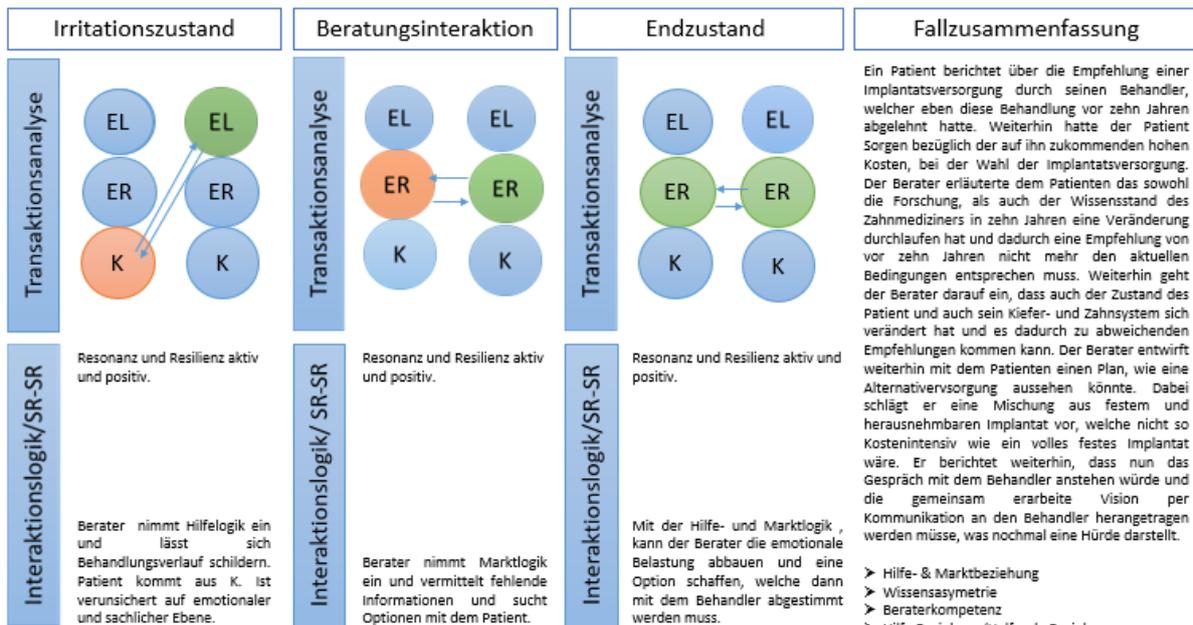
Fall 28

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz ist gesunken, da Rechnung angezweifelt wird. Resilienz allerdings vorhanden, da Beratung aufgesucht wird Hilfelogik wird eingangs aufgenommen	Keine Veränderung hinsichtlich Resonanz und Resilienz feststellbar Neben der Hilfelogik, wird die Marktlogik eigenommen um den Fall zu prüfen und den Patienten mit Informationen zu versorgen und die Machtlogik wird eigenommen um den Behandler mit seinem Fehlverhalten zu konfrontieren	Keine Veränderungen hinsichtlich Resonanz und Resilienz feststellbar Durch die Einnahmen der Logiken kann der Fall für den Patienten bearbeitet werden	Ein Patient im hohen Alter wendete sich an die Patientenberatung im eine Rechnung in Höhe von 1300€ prüfen zu lassen. Diese Rechnung war nur ein Teil eines Behandlungsprozesses bei dem schon bis zu 6000€ Kosten entstanden waren für den Patient. Nach Überprüfung dieser Rechnung wurden massive Vergehen in der Rechnungslegung festgestellt, was auch die bereits gestellten und auch schon beglichene Rechnungen betraf. Der Behandler wurde telefonisch vom Berater damit konfrontiert und auch mit den disziplinarischen Folgen in diesem Fall. Der Behandler zog seine Forderung daraufhin zurück. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Macht-, Markt- und Hilfelogik ➤ Haltung des Beraters ggü. des Behandlers ➤ Haltung des Beraters ggü. des Patienten ➤ Beraterkompetenz ➤ Vertrauensverlust

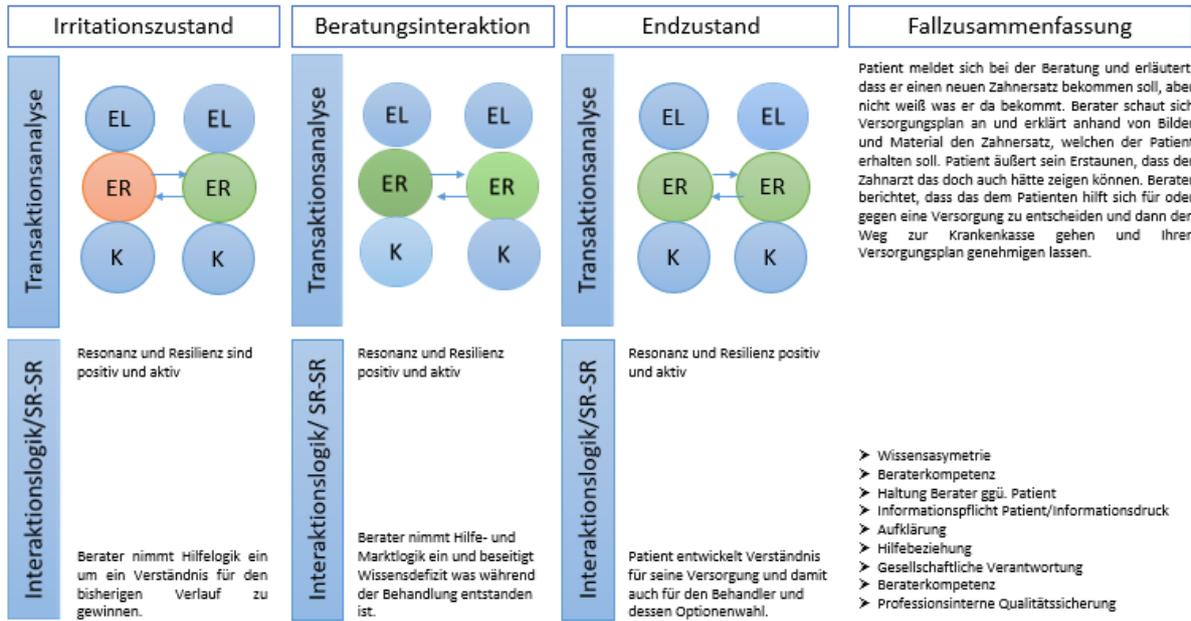
Fall 29



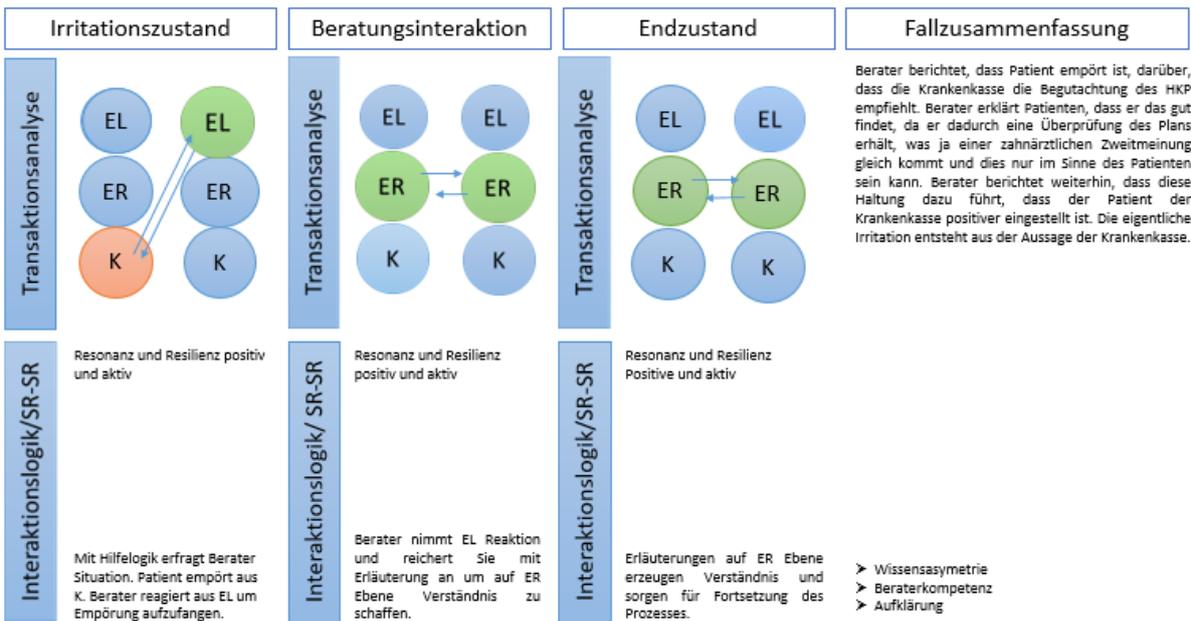
Fall 32



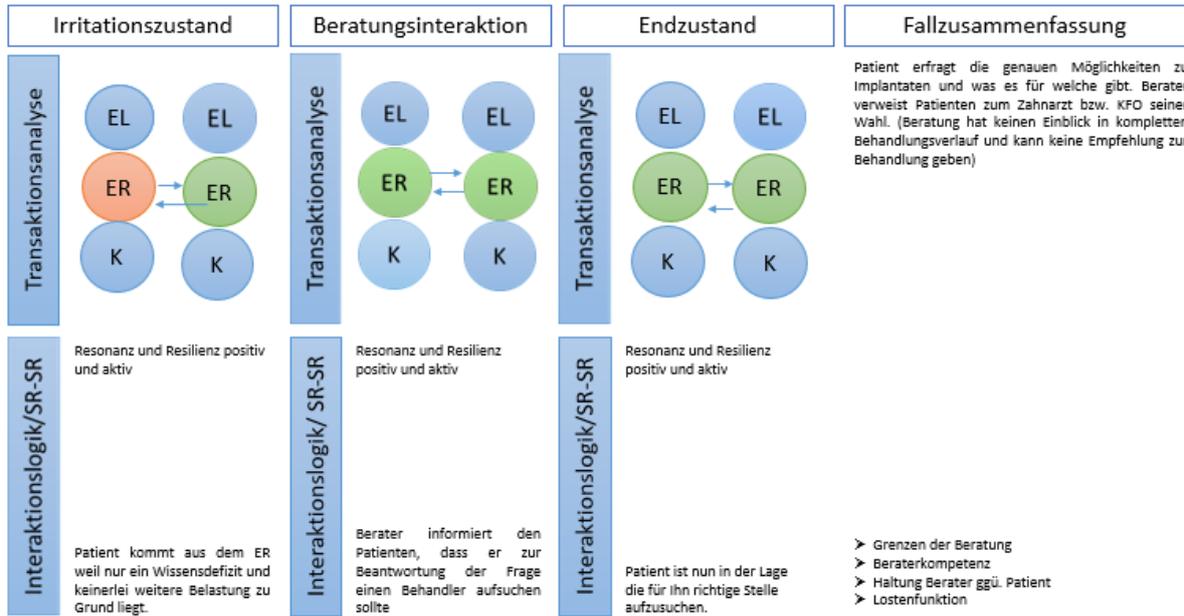
Fall 35



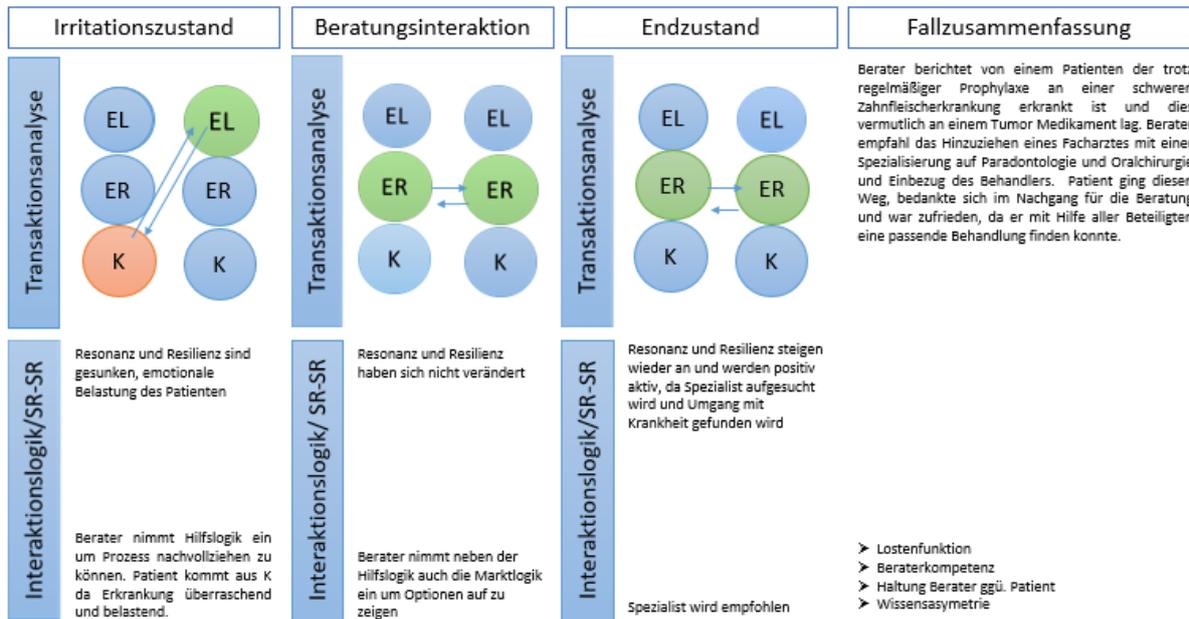
Fall 40



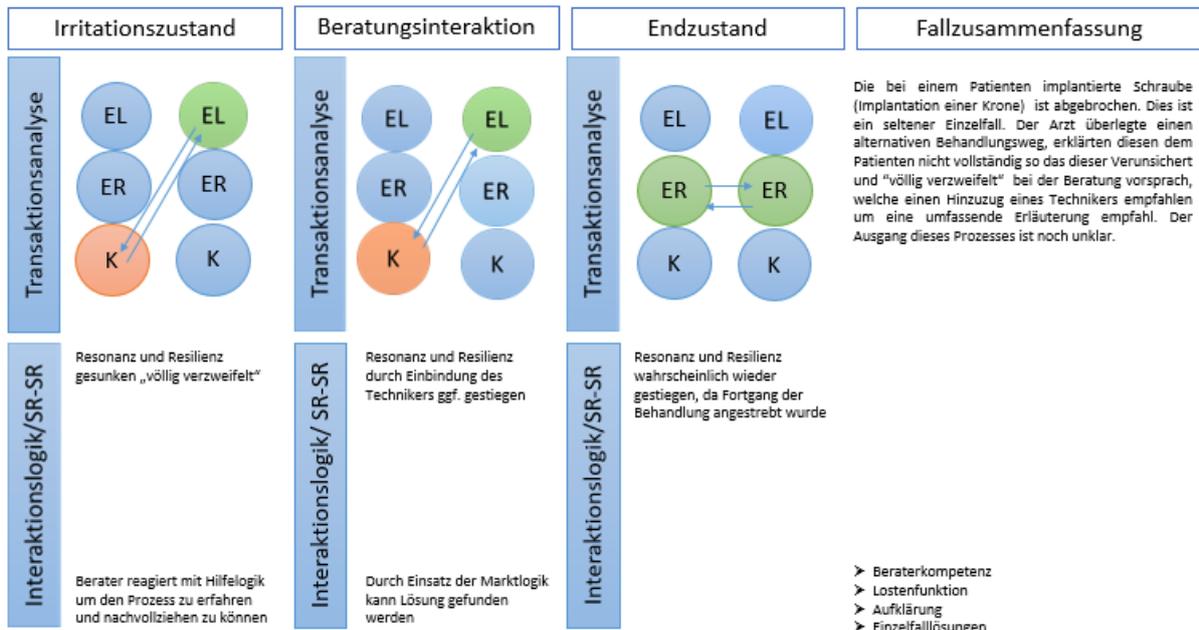
Fall 41



Fall 42

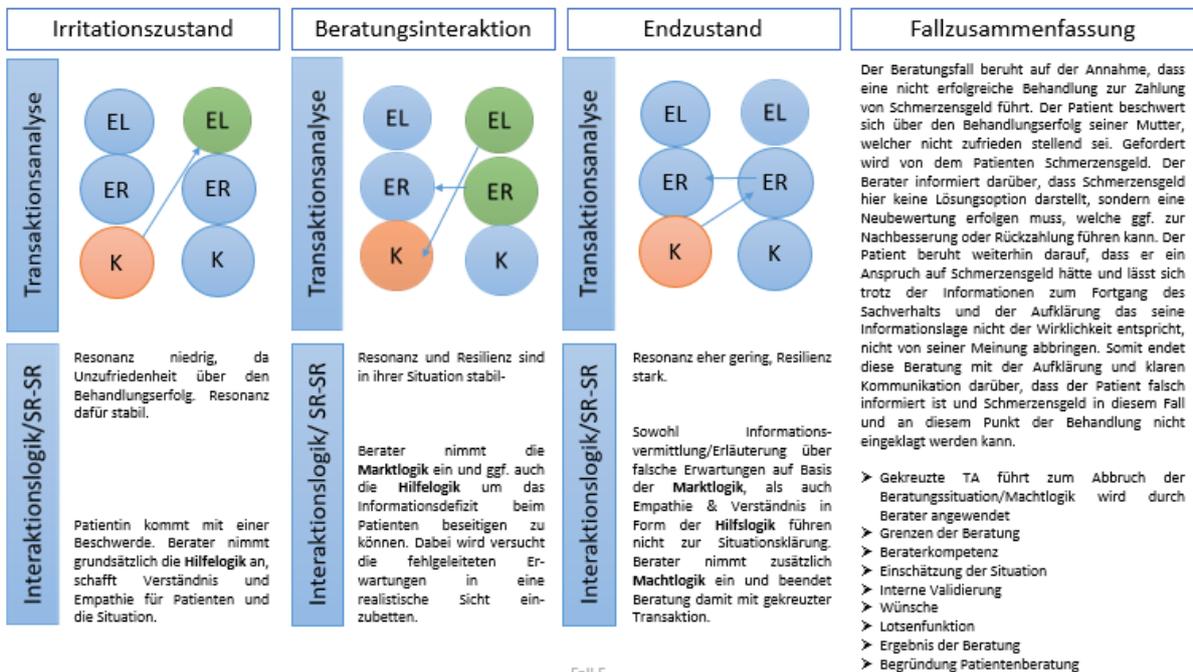


Fall 44



Fall 47

2. Beratungsprozess mit einem gekreuzten Transaktionsende



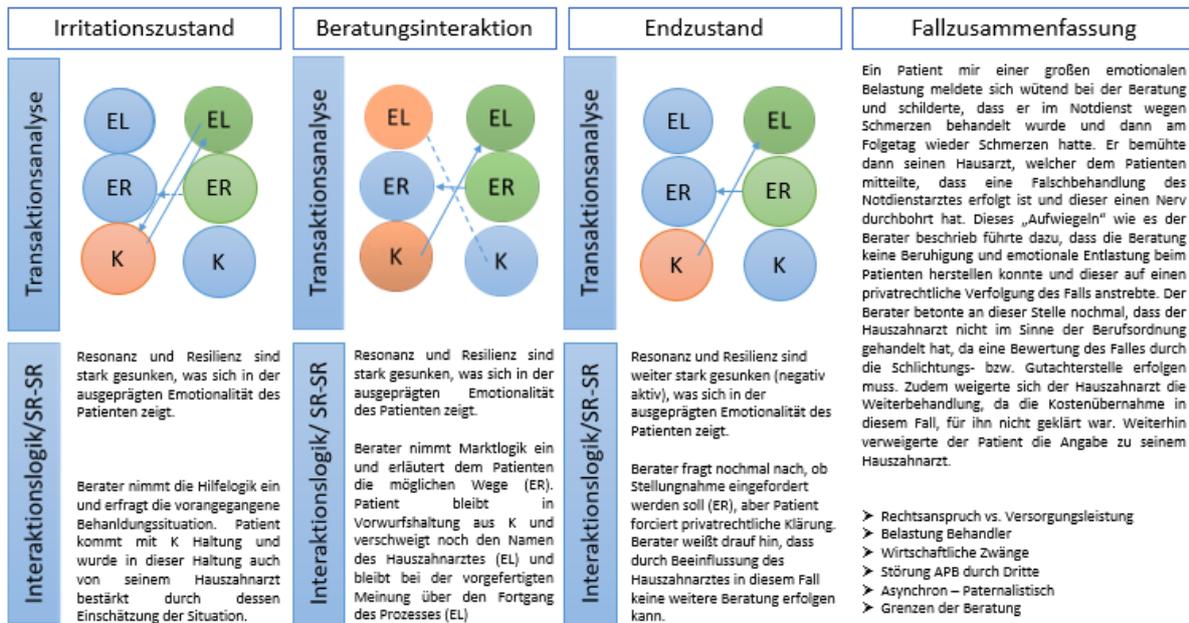
Fall 5

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz/Resilienz beides sinkend, da Patient einer gewissen Auslieferung unterliegt. Der Patient kommuniziert aus K	Resonanz/Resilienz keine Veränderung, da keine Klärung durch die Beratung erwirkt werden kann. Berater nimmt die Hilfelegik und die Marktlogik ein. Der Berater kann die Situation nicht lösend beraten, da auf kein Fehler in der Behandlung vorliegt.	Resonanz/Resilienz keine Veränderung, da keine Klärung durch die Beratung erwirkt werden kann. Hilfe- und Marktlogik können die Situation nicht lösen und Patient erhält in diesem Beratungskontext keine Lösung.	<p>Beratungsanlass ist hier ein Patient, welcher von einer Übernahme der Kosten durch die Versicherung ausgegangen ist. Der zu überkronende Zahn wurde aber schon vor Jahren zuvor zur Überkronung vorgesehen, was einen weiteren Versicherungsanspruch erlöschen lässt. Der Berater klärte den Patienten darüber auf, dass die Versicherungsbedingungen durch den Patienten nicht umfänglich gelesen wurden und der Behandler hier keinen Fehler begangen hat. Es wird vermutet, dass der Behandler den Patienten darauf ggf. nicht aufmerksam gemacht hat oder auch die Selbstzahlung durch den Patienten in Kauf genommen hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gekreuzte Transaktion führt zum Abbruch der Beratungssituation. Klärung in diesem Fall nicht in diesem Setting möglich. ➤ Grenzen der Beratung ➤ Informationspflicht Patient ➤ Haltung Berater ggü. Patient ➤ Aufklärung ➤ Vertrauensverlust

Fall 10

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz/Resilienz beides sinkend, da Patient einer gewissen Auslieferung unterliegt. Der Patient kommuniziert aus rK	Resonanz/Resilienz keine Veränderung, da keine Klärung durch die Beratung erwirkt werden kann. Berater nimmt die Hilfelegik und die Marktlogik ein. Der Berater kann die Situation nicht lösend beraten, da kein Fehler in der Behandlung vorliegt.	Resonanz/Resilienz keine Veränderung, da keine Klärung durch die Beratung erwirkt werden kann. Hilfe- und Marktlogik können die Situation nicht lösen und Patient erhält in diesem Beratungskontext keine Lösung für sein Anliegen.	<p>Der Patient kam mit dem Anliegen der Erneuerung einer Krone in die Beratung. Eine medizinische Notwendigkeit liegt nicht unbedingt vor, es handelt sich eher um eine ästhetische Behandlung, da der Patient die alte Krone nicht mehr als „schön“ oder passend empfand. Da die Vorbehandlung nach alten Standards erfolgt ist, sah der Behandler sich nicht in der Lage eine Behandlung auf Kassenleistung vor zu nehmen, da Richtlinien dies vorsahen. Der Berater musste dieses Vorgehen bestätigen und auch das Handeln des Behandlers. Der Patient kann die Behandlung durchführen, muss aber mit einer privaten Zahlung rechnen. Eine andere Lösung konnte der Berater hier auch nicht in Aussicht stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gekreuzte Transaktion führt zum Abbruch der Beratungssituation. Klärung in diesem Fall nicht in diesem Setting möglich. ➤ Grenzen der Beratung ➤ Aufklärung ➤ Vertrauensverlust ➤ Gesellschaftliche Verantwortung ➤ Rechtsanspruch vs. Versorgungsleistung ➤ Lotsenfunktion ➤ Beraterkompetenz

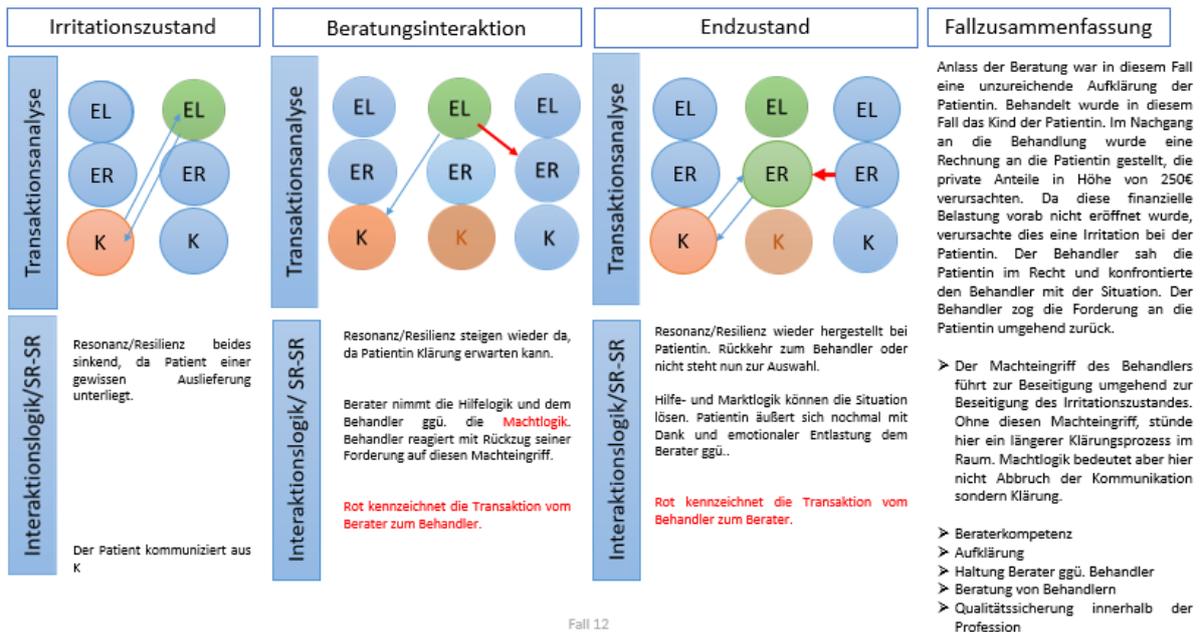
Fall 11



Fall 33

3. Beratungsprozess mit komplementären Transaktionsenden außerhalb der ER-ER Ebene

Die Erweiterung um ein weiteres Funktionsmodell stellt die Einbindung einer weiteren Person in die Kommunikation dar



Fall 12

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Patientin formulierte ihre Hilfslosigkeit darüber, dass KFO Behandlung (Spange fest) des Sohnes auf Grund finanzieller Nöte abgebrochen wurde. KFO weigert sich dann aber Spange ohne Rechnungslegung zu entfernen, auch als Zustand des Sohnes schmerzhaft und entzündlich geworden ist. Der eigne Hauszahnarzt hat sich auch geweigert die Spange zu entfernen, weil es nicht seine Behandlung war. Es gab objektiv für den Sohn keine Hilfe mit dieser instabilen Versorgung. Berater, bei der Patientin und ihren Sohn in die eigenen Praxis entfernte die Spange versorgte verletzte und entzündliche Stellen auf eigene Kosten. Unkonventionelle Lösungsfindung.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Wirtschaftliche Interessen aller beteiligter Behandler stehen vor dem helfenden Gedanken – Berufsethos? Vertrauen in Profession? ➤ Berufsethos ➤ Beraterkompetenz ➤ Qualitätssicherung innerhalb der Profession ➤ KFO ➤ Haltung Berater ggü. Patient ➤ Hilfebeziehung ➤ Entwicklungstendenzen > Mediziner ➤ Beziehungsebene > Asynchron Paternalistisch ➤ Vertrauensrekonstruktion
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz und Resilienz auf niedrigem Niveau. Beratung als letzte Instanz der Hilfe.	Berater fragt Verlauf des Geschehens ab, bleibt aber in EL da er Verständnis für Situation der Patientin hat.	<p>Vermutlich sind Resonanz und Resilienz immer noch auf niedrigem Niveau, da Klärung nur durch Verständnis auf „persönlicher Ebene“ herbei geführt werden konnte.</p> <p>TA –Setting bleibt erhalten und ist auch die Lösung des Falles. Da Berater zum Behandler wird und als Lösung die Behandlung selbst und Kostenfrei durchführt. Macht- und Hilfelogik (Macht, weil er es einfach umsetzt)</p>	
Interaktionslogik/SR-SR	Patientin kommt in Situation der Hilfslosigkeit und Verzweiflung aus dem K und trifft auf Berater der aus EL argumentiert.			

Fall 20

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Ein Patient der die Beratung aufsuchte klagte über fehlende Aufklärung hinsichtlich seiner Behandlung. Der Berater erfragte den Aufklärungsverlauf und forderte vom Behandler eine Stellungnahme hinsichtlich dieses Falles. Der Behandler schrieb eine umfangreiche Stellungnahme und betonte, dass eine umfängliche Aufklärung erfolgt sei. Der Berater beschreibt die weitere Unzufriedenheit des Patienten, aber auch die neutrale Rolle des Beraters, welcher nur die Wirklichkeitskonstruktion beider Seiten zur Verfügung hat und keine Bewertung vornehmen darf. Fall ist unbefriedigend für den Patienten ausgegangen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Grenzen der Beratung ➤ Haltung Berater ggü. Patient ➤ Haltung Berater ggü. Behandler ➤ Beraterkompetenz ➤ Belastung der Behandler
Interaktionslogik/SR-SR	Resonanz und Resilienz sind hier sehr stark vorhanden und treiben den Klienten in seiner Überzeugung.	Resonanz und Resilienz sind hier stark vorhanden und treiben den Klienten in seiner Überzeugung.	<p>Resonanz und Resilienz sind hier stark vorhanden und treiben den Patienten in seiner Überzeugung.</p> <p>Markt- und Machtlogik werden eingenommen. Patienten werden die Möglichkeiten aufgezeigt, aber auch das Ende der Beratung und das Ende der Belastung des Behandlers, was wiederum der Machtlogik bedarf.</p>	
Interaktionslogik/SR-SR	Marktlogik wird eingenommen und klärt Patienten über die möglichen Schritte auf	Marktlogik bleibt und Berater nimmt Kontakt auf zum Behandler		

Fall 30

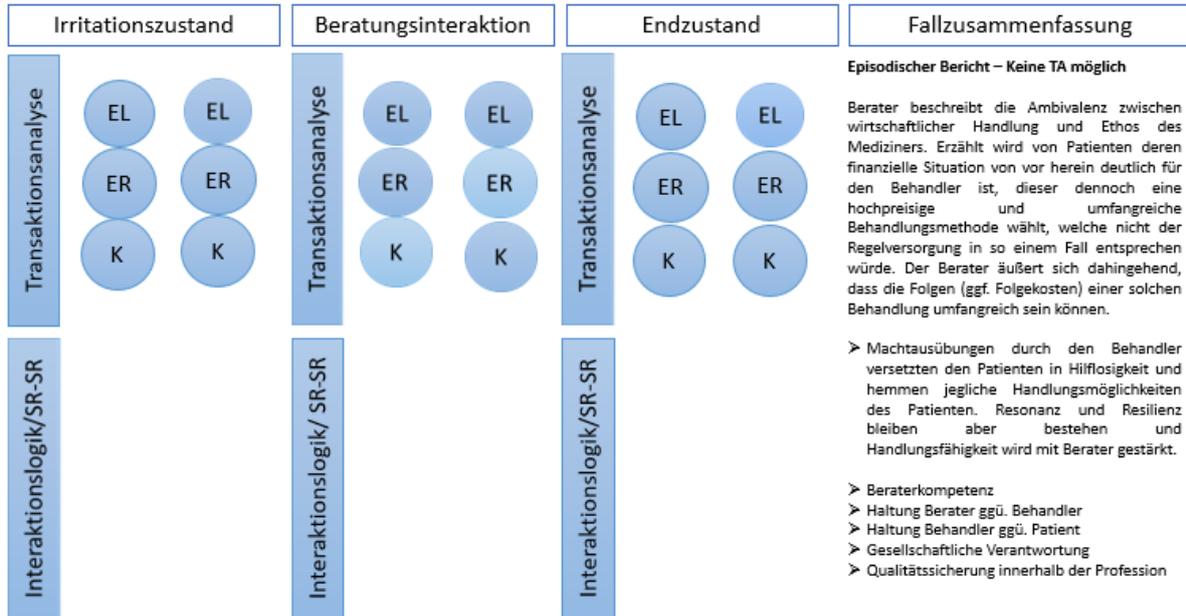
4. Episodische Bericht und nicht auswertbare Fälle

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Episodischer Bericht – Keine TA möglich</p> <p>Berater berichtet über den seine Erfahrungen im Umgang mit Patienten, die ein offenes Anliegen, aber auch eine vermutete verdeckte psychische Belastung mitbringen. Es wird berichtet, dass wenn die organischen Möglichkeiten bei der Diagnostik ausgeschlossen werden können, was manchmal schon mehrere Monate dauern kann, eine psychische Belastung nicht ausgeschlossen werden kann. Solche Beratungsfälle empfiehlt der Berater dann an eine zahnmedizinische Klinik mit der es ein „Gentlemans Agreement“ gibt. Die Patienten werden hier mit ihrem zahnmedizinischen Anlass aufgenommen aber auch psychologisch betreut. Der Berater berichtet weiterhin, dass eine klare Ansprache hinsichtlich einer psychischen Belastung bei ihm keinen Erfolg erbracht hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychische Belastung als Grenze der Beratung ➤ Grenzen der Beratung ➤ Kooperationen ➤ Beraterkompetenzen
Interaktionslogik/SR-SR			<p>Berater beschreibt, dass mit der Hilfe- und Marktlogik dem Patienten eine grundsätzliche Basis der Situation vermittelt werden kann. Die psychische Belastung von Patienten stellt allerdings einen nicht zu beratende Faktor in der Beratung da, da hier sowohl Fachwissen als auch Expertise fehlen, psychische Störung liegen außerhalb des Professionsfeldes.</p>	

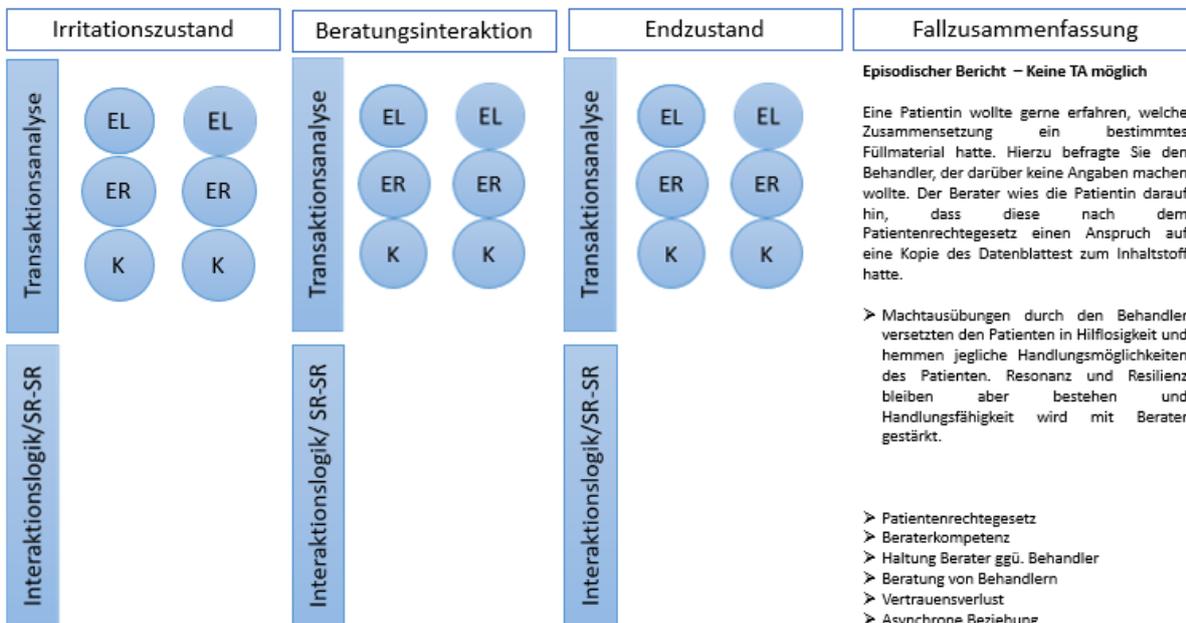
Fall 6

	Irritationszustand	Beratungsinteraktion	Endzustand	Fallzusammenfassung
Transaktionsanalyse				<p>Episodischer Bericht – Keine TA möglich</p> <p>Berater berichtet über den seine Erfahrungen im Umgang mit Patienten, die durch ein Subsystem an der Weiterbehandlung ausgeschlossen werden, weil die Behandlung durch das Subsystem aus merkantilem Interesse ausgeschlossen wird. Angeführt wird hier das Beispiel Kinder und KFO. Machtposition von KFO's so stark, dass diese Behandlung beenden, weil Eltern vermehrt Fragen stellen oder wie hier benannt ein erneutes Röntgen hinterfragen.</p> <p>Dieses Subsystem ist sich der Abhängigkeit des Patient bewusst und nutzt diese massiv aus, da auch andere Akteure in diesem Subsystem so handeln würden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KFO ➤ Machtausübung durch den Behandler ➤ Ergebnis der Beratung ➤ Grenzen der Behandlung
Interaktionslogik/SR-SR			<p>Machtlogik durch das Subsystem führt zur Ausnutzung der Hilflosigkeit/ Abhängigkeit des Patienten</p> <p>Patient hat negative Resonanz und auch Resilienz sinkt verstärkt. Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit ist die Folge.</p>	

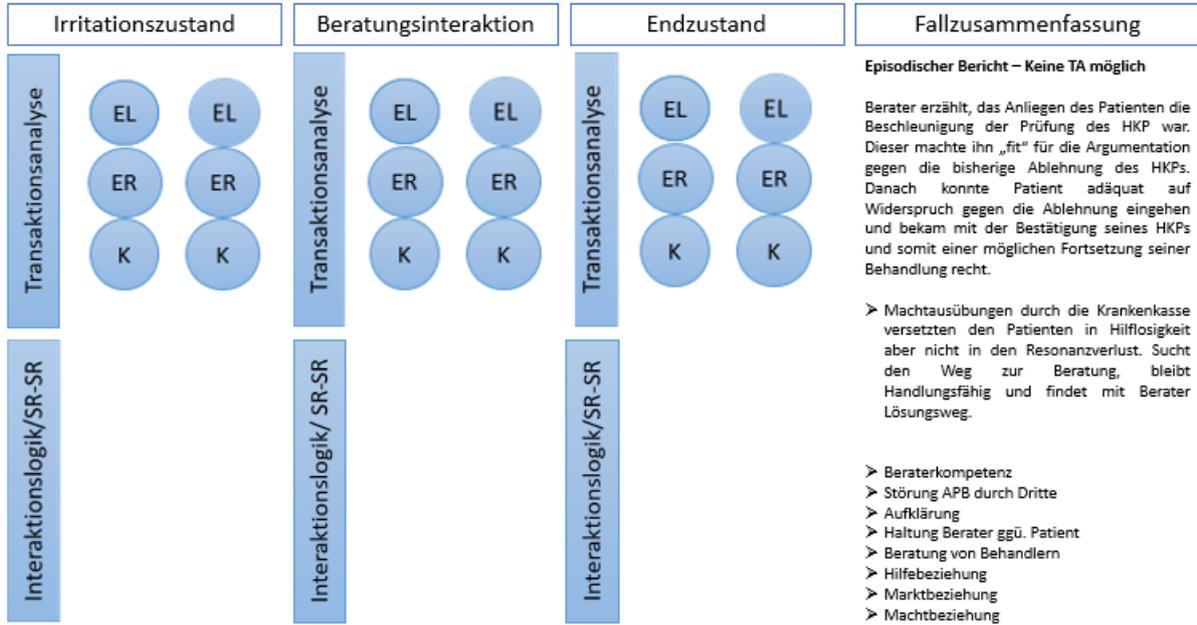
Fall 7



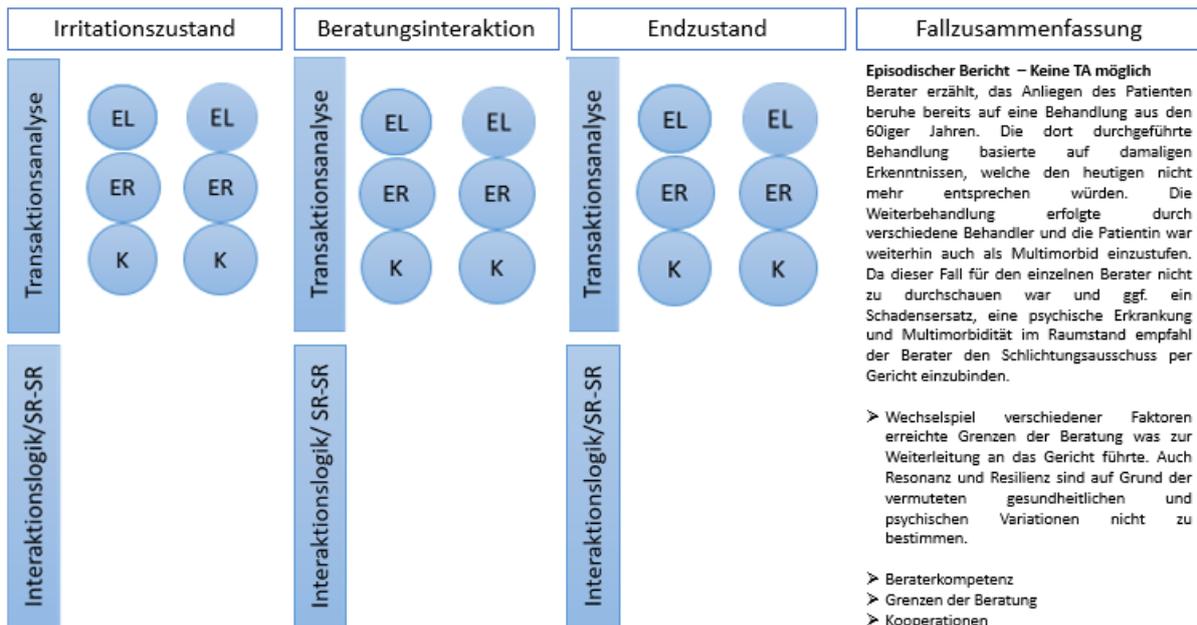
Fall 13



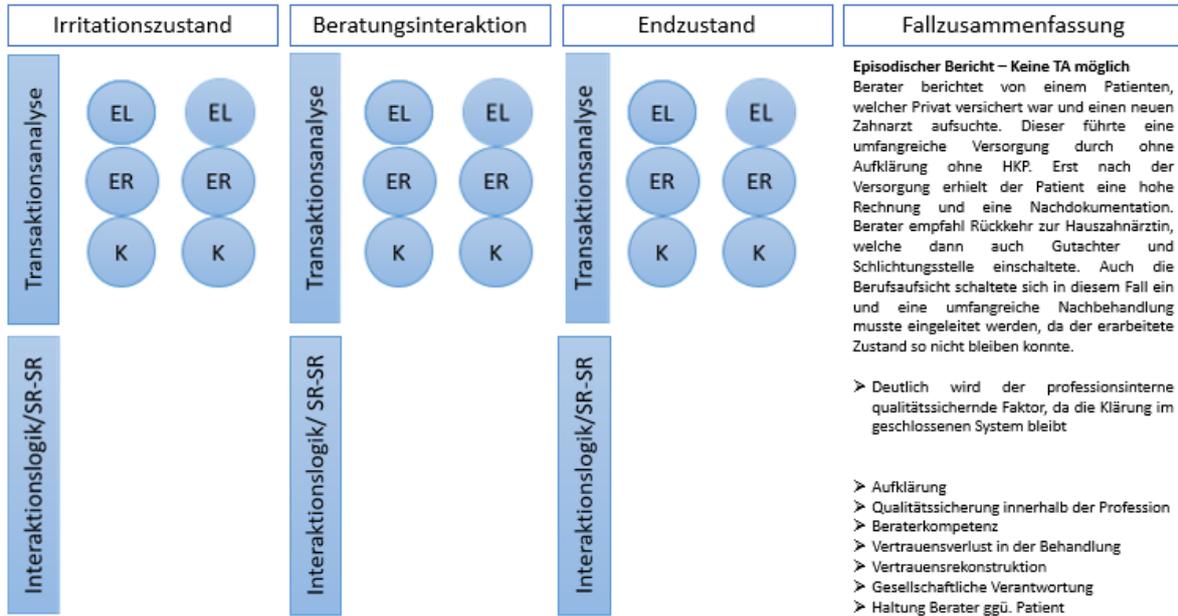
Fall 16



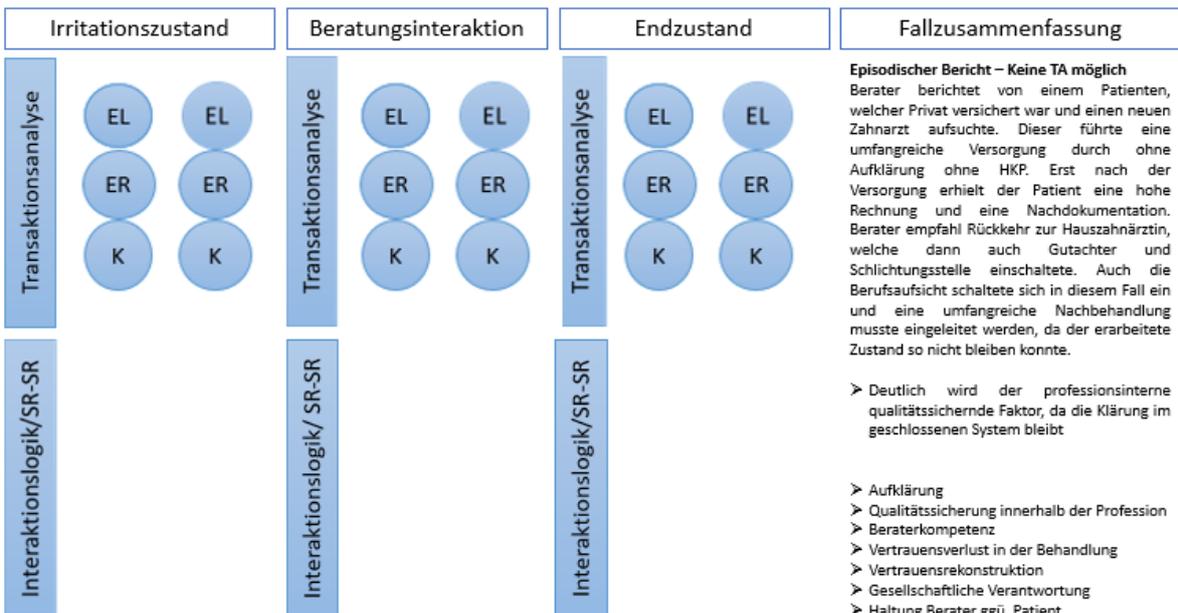
Fall 17



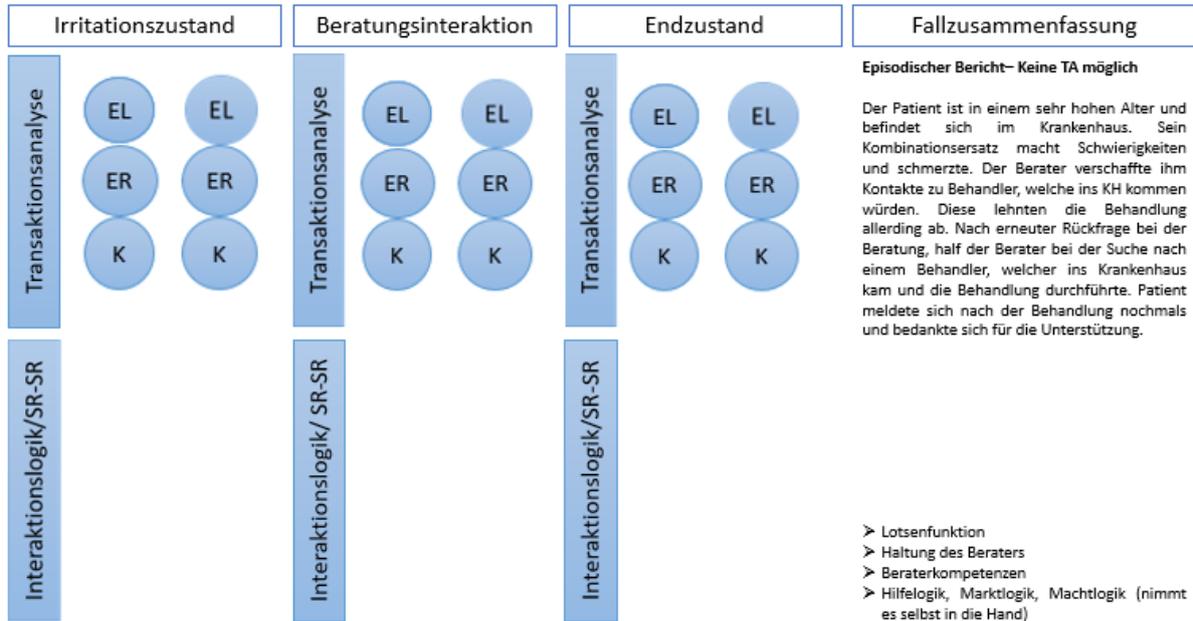
Fall 18



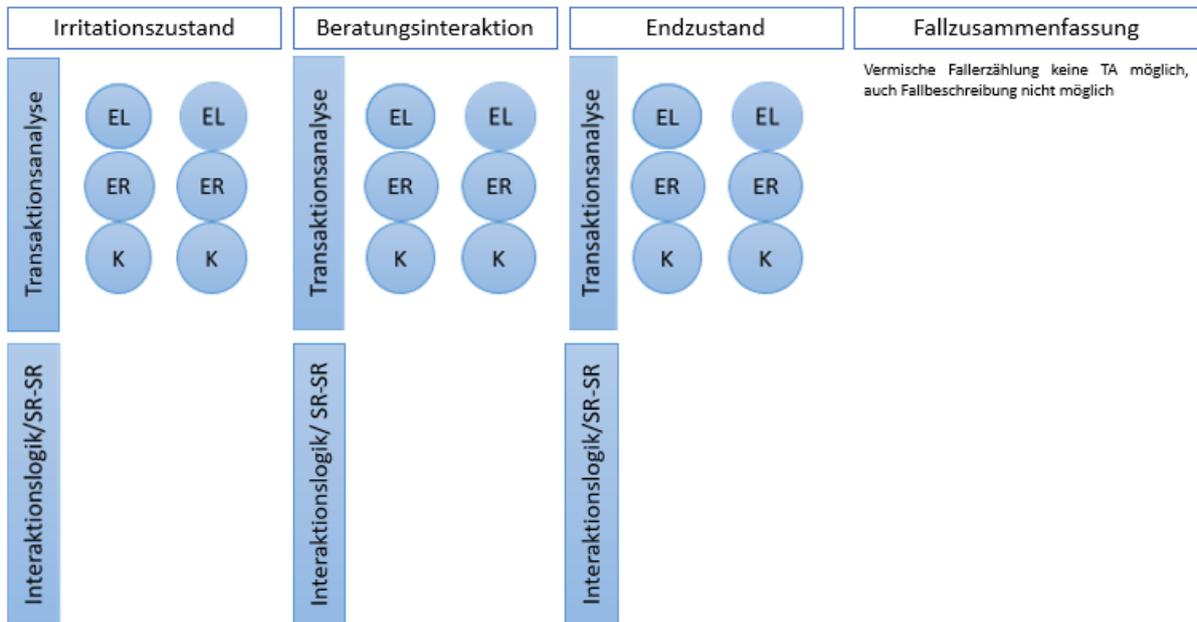
Fall 21



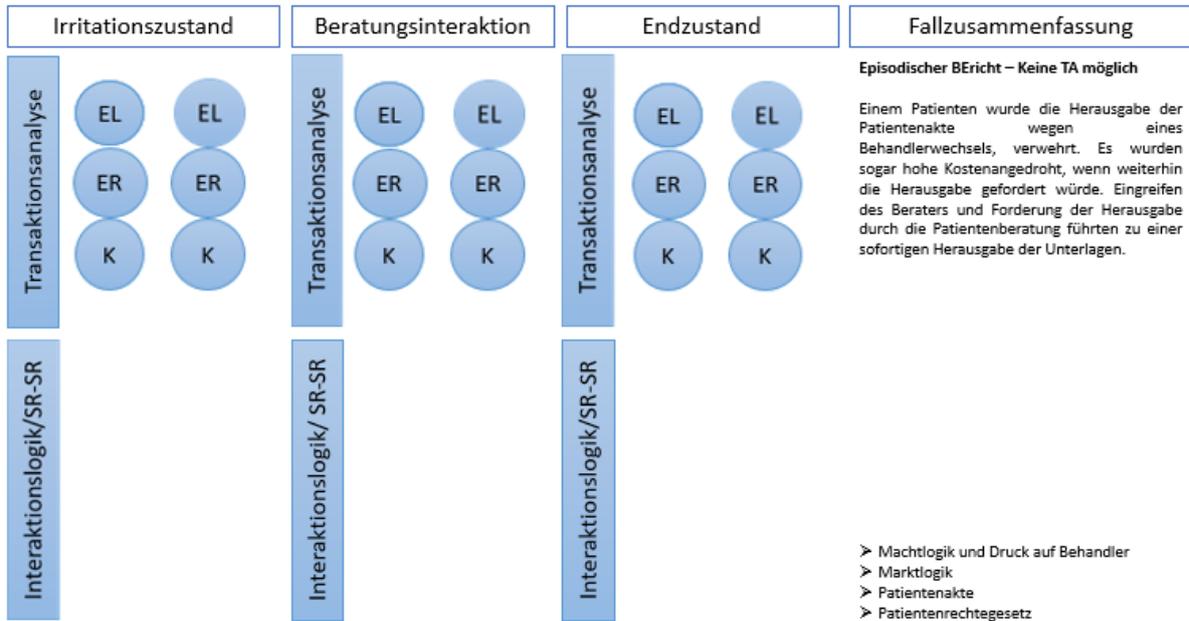
Fall 21



Fall 25

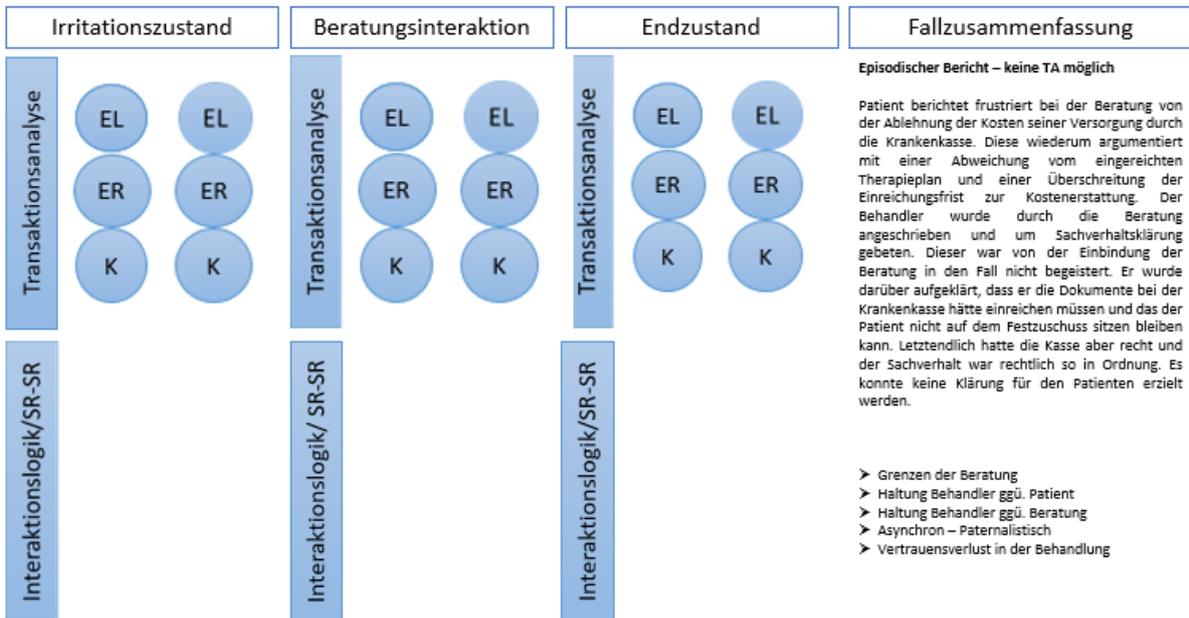


Fall 26



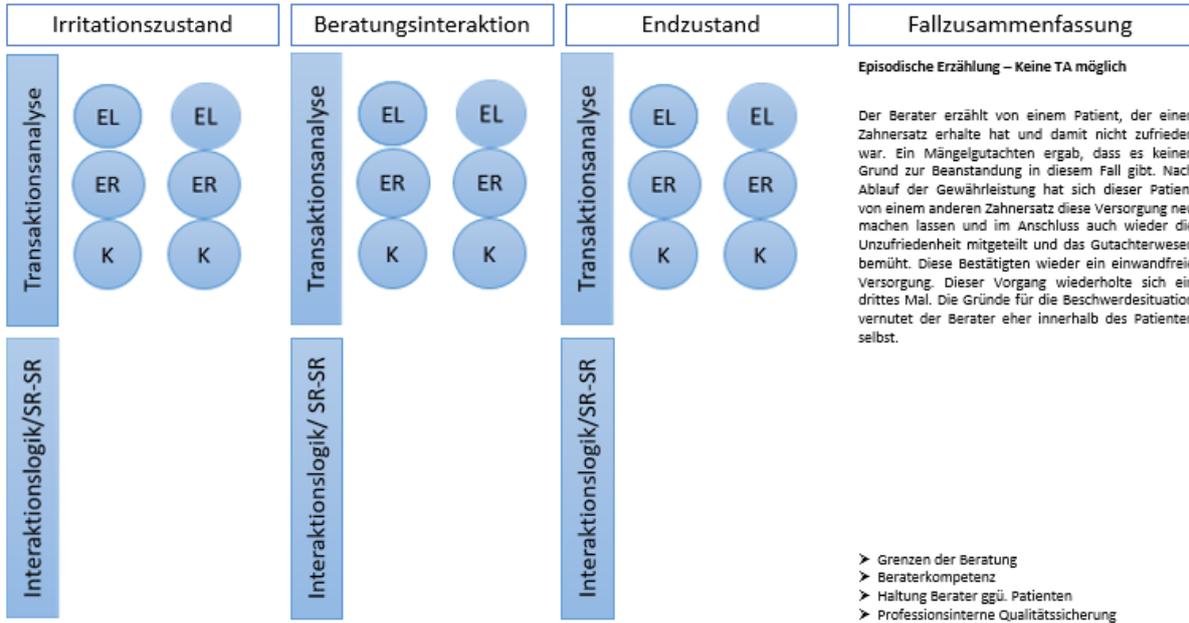
Fall 31

- Machtlogik und Druck auf Behandler
- Marktlogik
- Patientenakte
- Patientenrechtegesetz



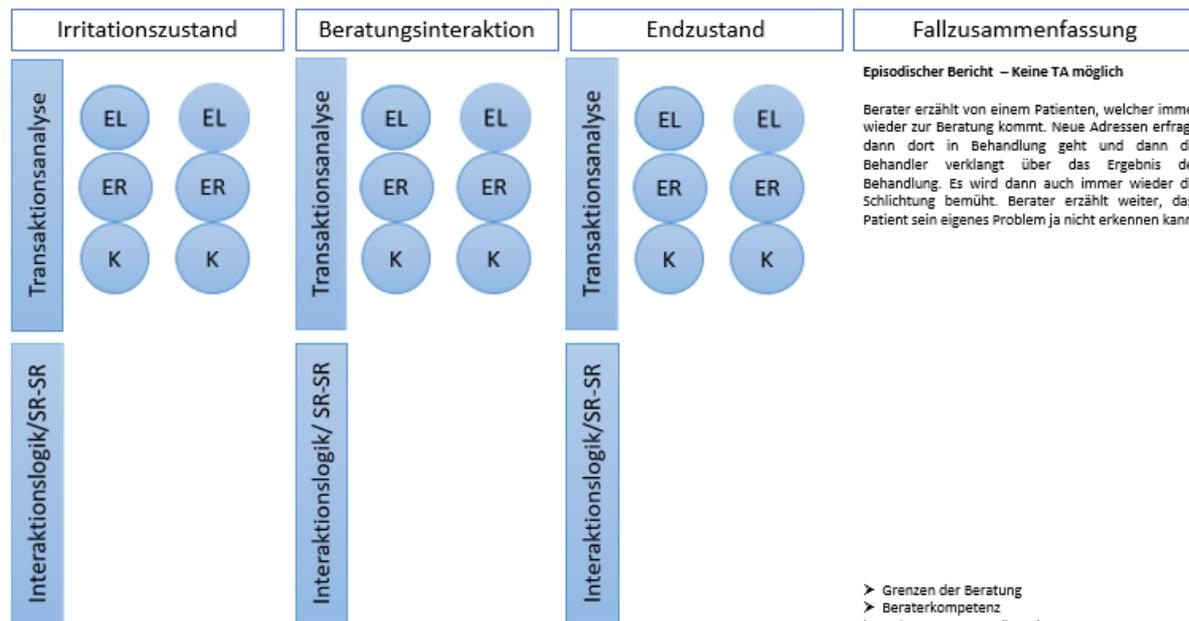
Fall 34

- Grenzen der Beratung
- Haltung Behandler ggü. Patient
- Haltung Behandler ggü. Beratung
- Asynchron – Paternalistisch
- Vertrauensverlust in der Behandlung



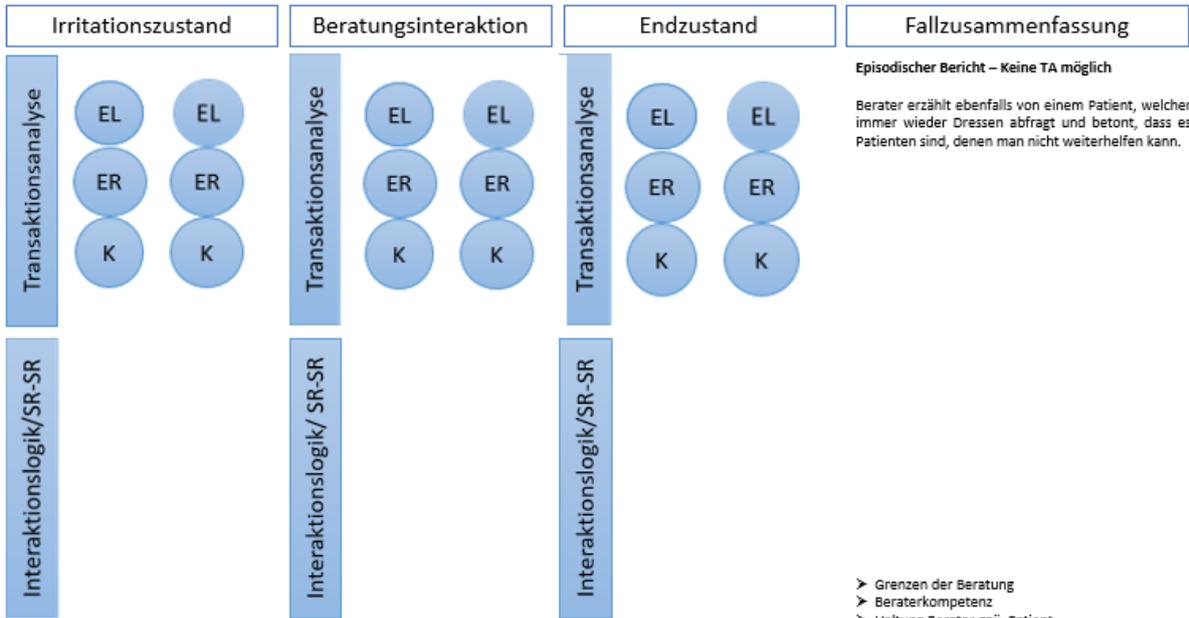
Fall 36

- Grenzen der Beratung
- Beraterkompetenz
- Haltung Berater ggü. Patienten
- Professionsinterne Qualitätssicherung



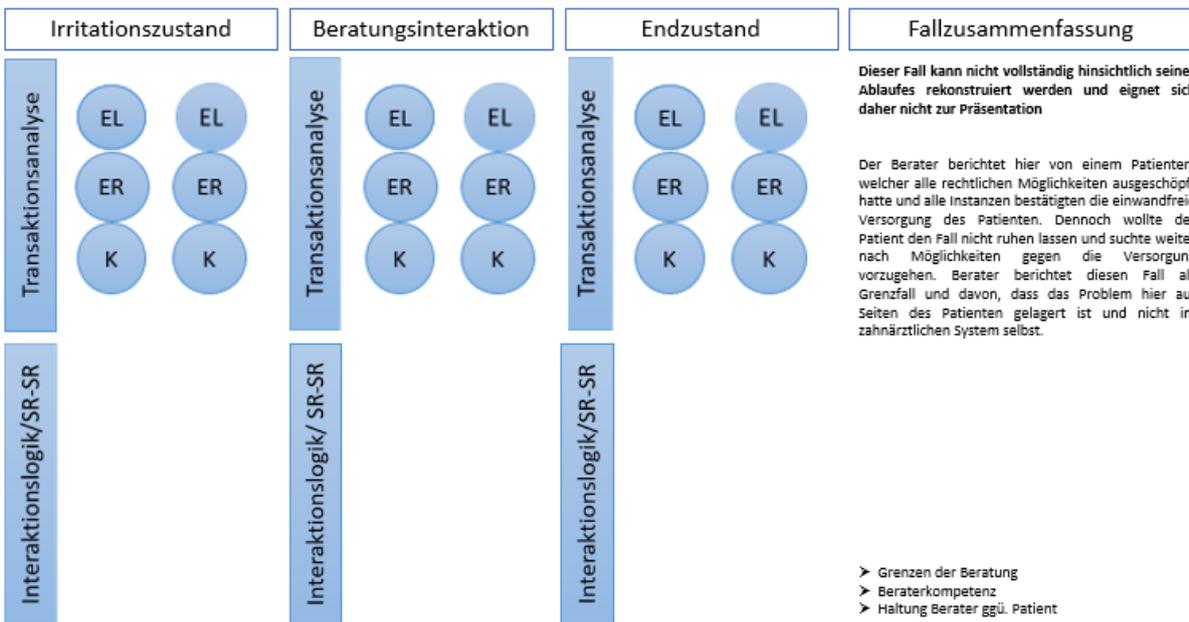
Fall 37

- Grenzen der Beratung
- Beraterkompetenz
- Haltung Berater ggü. Patient



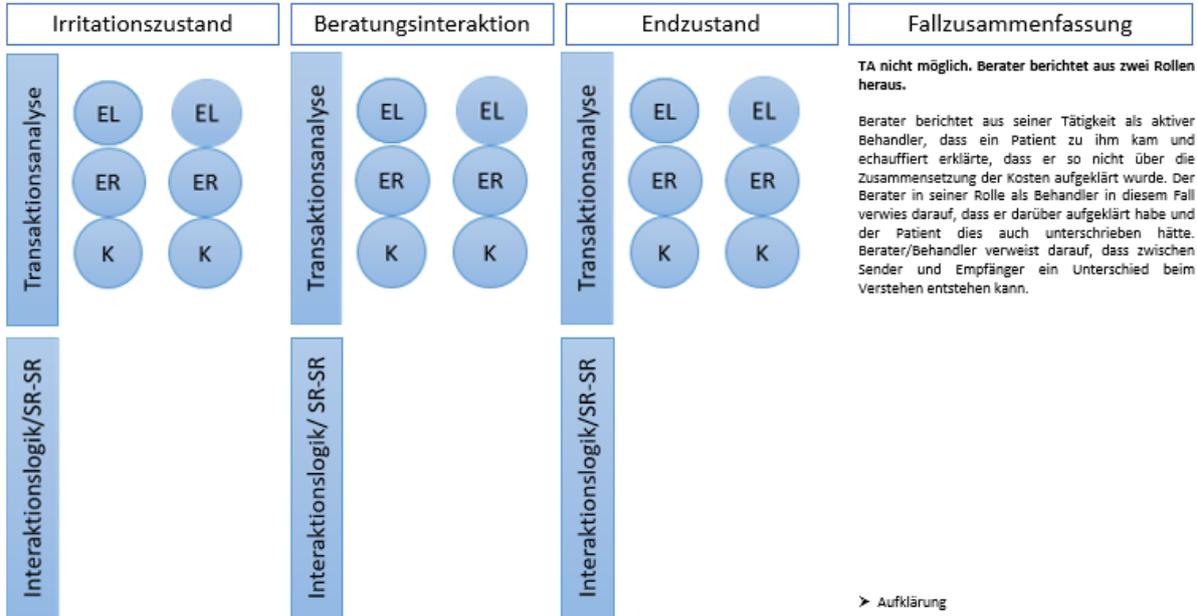
Fall 38

- Grenzen der Beratung
- Beraterkompetenz
- Haltung Berater ggü. Patient

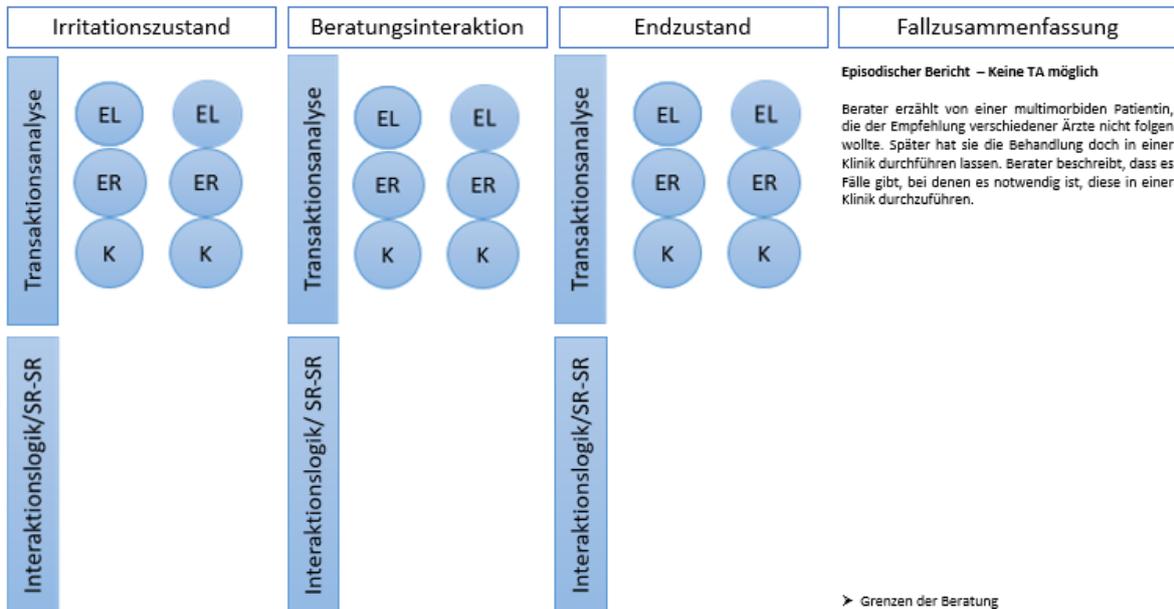


Fall 39

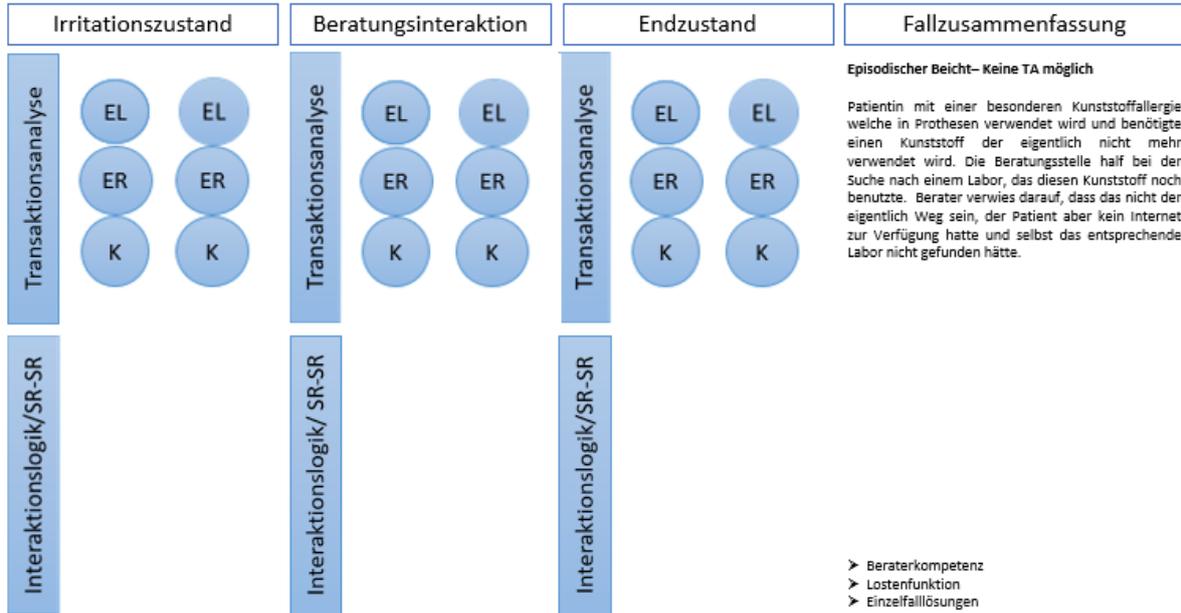
- Grenzen der Beratung
- Beraterkompetenz
- Haltung Berater ggü. Patient



Fall 43

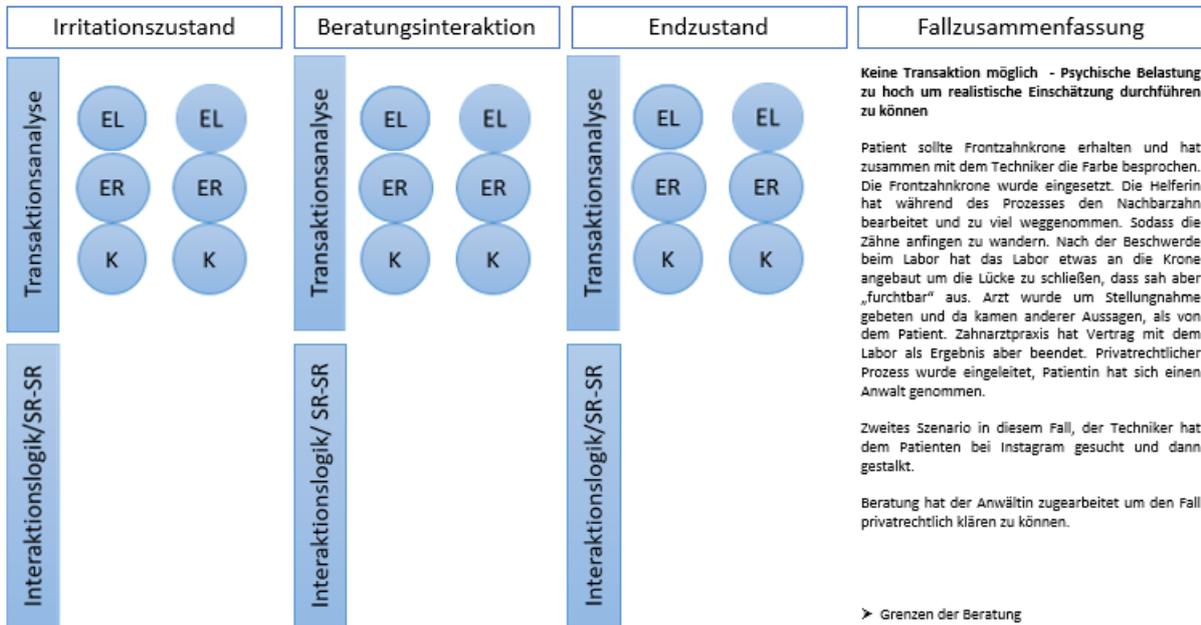


Fall 45



- Beraterkompetenz
- Lastenfunktion
- Einzelfalllösungen

Fall 46



- Grenzen der Beratung

Fall 48

Anlage V – Leitfaden der Patienteninterviews

<p>1. Begrüßung und Erläuterung der Grundprinzipien des episodischen Interviews</p>	<p>Herzlich Willkommen zu unserem Interview. Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben. Gerne möchte ich Ihnen jetzt kurz ein paar Details zum Interview erläutern. Es handelt sich um ein episodisches Interview, das bedeutet, für mich ist eine bestimmte Episode in Ihrem Leben von besonderem Interesse. Diese stellt Ihre Erfahrung mit der zahnärztlichen Behandlung und der Patientenberatung dar. Sie können davon ausgehen, dass alle Daten von mir anonymisiert werden und Sie, sofern Sie es möchten über die Ergebnisse meiner Arbeit informiert werden.</p>
<p>2. Einstiegsfrage</p>	<p>Wie kam es dazu, dass Sie die Patientenberatung aufgesucht haben. Was haben Sie dabei erlebt? Was ist für Sie eigentlich eine gute Patientenberatung? > Schaffung einer gemeinsamen Gesprächsbasis > Erste Orientierung in den Begrifflichkeiten</p>
<p>3. Bitte um Erläuterung des Verständnisses des Untersuchungsgegenstandes</p>	<p>Was verbinden Sie mit (zahnmedizinischer) Patientenberatung? Was fällt Ihnen ein, wenn Sie (zahnmedizinische) Patientenberatung hören? Was verstehen Sie eigentlich unter einer zahnmedizinischen Behandlung?</p>
<p>4. Konfrontation mit dem Untersuchungsgegenstand</p>	<p>Wie kam es denn zu Ihrem Besuch bei der Patientenberatung? > Frage nach Gründen Wann genau wurde die Patientenberatung für Sie ein Thema – können Sie mir diese Situation erzählen? > Erfragen von Situationsketten Wie hat die Beratung Sie beeinflusst im Hinblick auf Ihre Haltung zur Behandlung? Wie haben Sie Ihre zahnmedizinische Behandlung erlebt? Was hat Sie verunsichert? Was hat Ihnen in diesem Prozess geholfen? > Erfragen von Phantasien hinsichtlich erwarteter oder befürchteter Veränderungen Wie hätte der weitere Verlauf der Behandlung ohne die Patientenberatung ausgesehen?</p>
<p>5. Fragen nach subjektiven Definitionen</p>	<p>Nachdem wir uns nun eine Weile über die Patientenberatung unterhalten haben, würde ich gerne wissen, was Sie unter einer guten Behandlung verstehen. > Abbildung der subjektiven Erwartungen</p>

 Episodischer Teil

 Semantischer Teil

Anlage VI – Kategoriensystem Patienteninterviews

Codesystem					
▼	⊙ Beratung				
	⊙ Ergebnis der Beratung	5	4	2	2
	⊙ Weg zur Beratung	2	5		1
	⊙ Prozess der Beratung	3	6	3	1
	⊙ Erwartungen des Patienten an die Beratung	2	3	1	3
	⊙ Kritische Betrachtung der Beratung		2		
	⊙ Beratungsanlass		1	4	6
▼	⊙ Behandlung				
	⊙ Haltung Patient ggü. Behandler				1
	⊙ Erwartungen an eine gute Behandlung	4	1	1	2
	⊙ Irritation bei der Behandlung	2	1	2	3
	⊙ Beschreibung gute Behandlung	4		1	
	⊙ Beschreibung Irritation		4	5	2
	⊙ Vertrauen		1		3
▼	⊙ Kritische Aspekte				
	⊙ Negative Auswirkungen Asymmetrische Bezi		1	1	4
	⊙ Eskalation der Irritation				2
	⊙ Physische Gewalt bei der Behandlung				1