

Aus dem Institut für
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
(Prof. Dr. N. von Steinbüchel)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Sind Bilanzierungsdialoge
eine Chance zur Förderung von Patientenzentrierung
in der Langzeitversorgung
von Patienten mit chronischen Krankheiten?**

Vergleichende qualitative und quantitative Analyse
videodokumentierter Konsultationen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Angela Annette Kaschel

(geb. Braun)

aus

München

Göttingen 2018

Dekan:	Prof. Dr. rer. nat. H.K. Kroemer
Referent	Prof. em. Dr. phil. H. Friedrich
Ko-Referentin:	Prof. Dr. med. I. Gágyor
Drittreferent:	

Datum der mündlichen Prüfung: 25. Juli 2018

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Sind Bilanzierungsdialoge eine Chance zur Förderung von Patientenzentrierung in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten? – Vergleichende qualitative und quantitative Analyse videodokumentierter Konsultationen“ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Heidelberg, den

(Unterschrift)

Vorbemerkung zur Dissertation

Mit dem Interesse an einer Dissertation am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Göttingen trat ich an Herrn Dr. Ottomar Bahrs heran, der mir aus verschiedenen spannenden Lehrveranstaltungen des Instituts bekannt war.

Mit dem gemeinsam vereinbarten Ziel einen umschriebenen Teil der BILANZ-Studie als Dissertation auszuwerten, wurde ich schließlich im Oktober 2011 als studentische Hilfskraft in der Studie „Bilanzierungsdialoge als Mittel zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung hausärztlicher Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen“ (BILANZ) eingestellt. Die BILANZ-Studie war eine Kooperation der Institute für Allgemein- und Familienmedizin der Universitäten Düsseldorf und Witten/Herdecke, des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Göttingen und des Instituts für Biometrie und Epidemiologie der Universität Hamburg. In dieser multizentrischen clusterrandomisierten Studie wurden bilanzierende Gespräche generiert und mittels Videoaufzeichnungen dokumentiert.

Während ich an der BILANZ-Studie bspw. durch das Gewinnen von Studienärzten und später auch durch das Kodieren der Videoaufzeichnungen beteiligt war, war mir die Auswertung der Daten für meine Dissertation leider nicht möglich. Zum einen begann die Erhebung der Videoaufzeichnungen der BILANZ-Studie erheblich verzögert und zum anderen konnten zu wenige Vergleichsfälle aus der „Routineversorgung“ erhoben werden. So erhielt ich zwar als Raterin der BILANZ-Studie eine Schulung zum Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen und meine Ratings wurden im Rahmen der Studie auf ihre Reliabilität geprüft, musste aber zur Analyse meiner Fragestellung auf Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“ zurückgreifen.

Die Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“ waren die einzigen vorhandenen Videoaufzeichnungen mit bilanzierenden Gesprächen und vergleichbaren Routinekonsultationen. Vorteilhaft dabei war, dass ich einen weiteren Beitrag zu dem bereits abgeschlossenen Projekt leisten konnte und das Material bereits verfügbar war. Auch

konnte ich den bestehenden Arbeitszusammenhang in der BILANZ-Studie nutzen und so meinerseits Anregungen für deren Entwicklung geben. Der Rückgriff auf bereits bestehende Videoaufzeichnungen hatte jedoch auch Grenzen. So hatte ich bspw. keinen Einfluss auf die Datenerhebung und musste mich auf die vorhandenen Daten beschränken. Meine Forschung für diese Arbeit wurde durch regelmäßige Doktorandenkolloquien des Instituts begleitet, in welchen das Vorgehen diskutiert wurde. So befasste ich mich seit November 2012 mit der Fragestellung, ob Bilanzierungsdialoge zu verstärkt patientenzentrierten Gesprächen führen. Das Ergebnis ist die hier folgende Arbeit.

Anmerkung

Im Interesse der Lesbarkeit wird im Text bei Benennung von Personen die männliche Sprachform gewählt. Selbstverständlich sind beide Geschlechter darunter zu verstehen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Stand der Forschung.....	2
2.1 Patientenzentrierte Medizin als Forschungsgegenstand.....	2
2.1.1 Definition des Begriffes „Patientenzentrierung“	3
2.1.2 Arzt-Patienten-Kommunikation	7
2.2 Hausärztliche Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.....	8
2.2.1 Definition des Begriffes „Chronische Erkrankung“	9
2.2.2 Multimorbidität.....	11
2.2.3 Bilanzierungsdiallog.....	12
3 Methodisches Vorgehen	16
3.1 Forschungsziele	16
3.2 Erhebungsinstrumente	17
3.2.1 Forschung mittels Videoaufzeichnungen	17
3.2.2 Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“	17
3.2.3 Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI).....	19
3.2.4 Einführung zur Methode RLI	20
3.2.5 Praktische Umsetzung – Beispiel für eine Kodierung.....	23
3.2.6 Dimensionen der Patientenzentrierung im RLI	30
3.2.6.1 Die biopsychosoziale Perspektive.....	31
3.2.6.2 Der Patient als Person	31
3.2.6.3 Förderung selbstverantwortlichen Handelns	32
3.2.6.4 Das therapeutische Bündnis	33
3.2.6.5 Der Arzt als Person.....	34
3.3 Datenanalyse	36
3.3.1 Qualitative Fragestellungen.....	36
3.3.2 Vorgehen bei der qualitativen Analyse der Daten.....	37
3.3.3 Erwartetes Ergebnis der quantitativen Analyse der Daten.....	38
3.3.4 Quantitative Analyse der Daten	39
3.3.4.1 Vorgehen bei der quantitativen Analyse der Daten mittels RLI.....	39
3.3.4.2 Vorgehen zur Ermittlung der Gesprächsanteile.....	42

4	Ergebnisse	43
4.1	In die Auswertung eingeschlossene Videoaufzeichnungen.....	43
4.2	Qualitativ vergleichende Analyse der Gesprächstypen	45
4.2.1	Direkter Vergleich der Interventionsstruktur eines einzelnen Arztes.....	45
4.2.1.1	Veränderungen in der Faktorenausprägung.....	46
4.2.1.2	Intensitätsausprägungen als Variabilitätsindikatoren ärztlicher Interaktionen	50
4.2.1.3	Minute 14 – Sichtbarer Wendepunkt des Gespräches	54
4.2.2	Vergleichende Analyse der Thermografiken aller Ärzte	56
4.2.2.1	Globale Unterschiede im Auftreten der Faktoren	56
4.2.2.2	Detaillierte Analyse der Faktorenzusammensetzung.....	61
4.3	Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen.....	70
4.3.1	Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen mittels RLI.....	70
4.3.2	Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen mittels Analyse der Gesprächsanteile.....	79
4.4	Qualitative und quantitative Ergebnisse im Bezug zueinander.....	82
5	Diskussion	85
5.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse.....	85
5.2	Beurteilung des methodischen Vorgehens	87
5.2.1	Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen.....	88
5.2.2	Auswahl des Arztes für den direkten Gesprächsvergleich	92
5.2.3	Auswertung der Gesprächstranskripte.....	92
5.3	Beurteilung des Materials und Limitation der Arbeit	93
5.4	Diskussion der Ergebnisse.....	95
5.4.1	Zeit als eigenständiger Einflussfaktor auf die Patientenzentrierung.....	95
5.4.2	Steigerung der aktiven Patientenbeteiligung am Gespräch.....	97
5.4.3	Individualität der Gespräche	99
5.4.4	Veränderungen der Interventionsstruktur im direkten Vergleich	100
5.4.5	Faktorenmittelwerte der Gesprächstypen	103
5.4.6	Veränderungen der Beratungsqualitäten.....	105
5.4.7	Förderung der Patientenzentrierung durch den Bilanzierungsdialog.....	114
5.5	Resümee und Schlussfolgerung für die Praxis	117
6	Zusammenfassung	120
7	Anhang	122
7.1	Excel-Tabellen der beiden Gesprächstypen.....	122
7.2	Thermografiken der beiden Gesprächstypen.....	132
8	Quellenverzeichnis	141
8.1	Literaturverzeichnis.....	141
8.2	Verzeichnis der Internetquellen	148

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	<i>circa</i>
d. h.	das heißt
DMP	Disease-Management-Programm
et al.	<i>et alii / aliae</i>
etc.	<i>et cetera</i>
ff.	folgende
ggf.	gegebenenfalls
GT I	Gesprächstyp I
GT II	Gesprächstyp II
im Engl.	im Englischen
o.	ohne
RLI	Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen
S.	Seite
s.	siehe
sog.	sogenannt
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ratingergebnis der Minute 2 aus Konsultation A_12, GT I.....	27
Abbildung 2: Item-Schablone zur Videoauswertung.....	28
Abbildung 3: Minutenbogen zur Videoauswertung.....	29
Abbildung 4: Thermografie der Konsultation A_12, GT I.....	30
Abbildung 5: Thermografiken der beiden Gespräche des Arztes A_12.....	45
Abbildung 6: Überblick über die Thermografiken der beiden Gesprächstypen von A_01 bis A_05 mit Markierung der Eingangssequenz	59
Abbildung 7: Überblick über die Thermografiken der beiden Gesprächstypen von A_06 bis A_12 mit Markierung der Eingangssequenz.....	60
Abbildung 9: Thermografie A_01, Gesprächstyp II.....	133
Abbildung 8: Thermografie A_01, Gesprächstyp I.....	133
Abbildung 10: Thermografie A_02, Gesprächstyp I.....	134
Abbildung 11: Thermografie A_02, Gesprächstyp II	134
Abbildung 12: Thermografie A_03, Gesprächstyp I.....	135
Abbildung 13: Thermografie A_03, Gesprächstyp II	135
Abbildung 14: Thermografie A_05, Gesprächstyp I.....	136
Abbildung 15: Thermografie A_05, Gesprächstyp II	136
Abbildung 16: Thermografie A_06, Gesprächstyp I.....	137
Abbildung 17: Thermografie A_06, Gesprächstyp II	137
Abbildung 18: Thermografie A_10, Gesprächstyp I.....	138
Abbildung 19: Thermografie A_10, Gesprächstyp II	138
Abbildung 20: Thermografie A_11, Gesprächstyp I.....	139
Abbildung 21: Thermografie A_11, Gesprächstyp II	139
Abbildung 22: Thermografie A_12, Gesprächstyp I.....	140
Abbildung 23: Thermografie A_12, Gesprächstyp II	140

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gruppierung der Items zu Faktoren.....	22
Tabelle 2: Patientenzentrierung im RLI.....	35
Tabelle 3: Eckdaten der Videoaufzeichnungen.....	44
Tabelle 4: Alter der Ärzte bzw. der Patienten im herkömmlichen Gespräch (GT I).....	44
Tabelle 5: Vergrößerte Intensitätsbreite im Gesprächstyp II.....	51
Tabelle 6: Verminderte Intensitätsbreite im Gesprächstyp II.....	52
Tabelle 7: Konstante Intensitätsbreite.....	52
Tabelle 8: Neue Elemente im Gesprächstyp II.....	52
Tabelle 9: Veränderung der Faktorenwerte zwischen GT I u. GT II.....	72
Tabelle 10: Effektstärke Cohen's d.....	73
Tabelle 11: Unterschiede zwischen Gesprächstyp I und II auf Itemebene.....	75
Tabelle 12: Aufschlüsselung der Items nach Effektstärke der Faktoren.....	78
Tabelle 13: Anzahl der pro Gespräch gesprochenen Worte, nach Arzt- und Patientenseite getrennt ausgezählt.....	79
Tabelle 14: Gesprächsanteile im Gesprächstyp I von Arzt- und Patientenseite auf eine durchschnittliche Gesprächsminute relativiert und prozentuiert, mit relevanten Mittelwerten und Standardabweichungen (STD).....	80
Tabelle 15: Gesprächsanteile im Gesprächstyp II von Arzt- und Patientenseite auf eine durchschnittliche Gesprächsminute relativiert und prozentuiert, mit relevanten Mittelwerten und Standardabweichungen (STD).....	81
Tabelle 16: Kernelemente des Bilanzierungsdialogs in den qualitativ und quantitativ erhobenen Ergebnissen des Vergleiches der Gesprächstypen.....	84
Tabelle 17: Excel-Tabelle A_01 Gesprächstyp I.....	123
Tabelle 18: Excel-Tabelle A_01 Gesprächstyp II.....	123
Tabelle 19: Excel-Tabelle A_02 Gesprächstyp I.....	124
Tabelle 20: Excel-Tabelle A_02 Gesprächstyp II.....	124
Tabelle 21: Excel-Tabelle A_03 Gesprächstyp I.....	125
Tabelle 22: Excel-Tabelle A_03 Gesprächstyp II.....	125
Tabelle 23: Excel-Tabelle A_05 Gesprächstyp I.....	126
Tabelle 24: Excel-Tabelle A_05 Gesprächstyp II bis 25. Minute.....	126
Tabelle 25: Excel-Tabelle A_05 Gesprächstyp II 26. Minute bis 40. Minute.....	127
Tabelle 26: Excel-Tabelle A_05 Gesprächstyp II 41. Minute bis Gesprächsende.....	127
Tabelle 27: Excel-Tabelle A_06 Gesprächstyp I.....	128
Tabelle 28: Excel-Tabelle A_06 Gesprächstyp II.....	128
Tabelle 29: Excel-Tabelle A_10 Gesprächstyp I.....	129
Tabelle 30: Excel-Tabelle A_10 Gesprächstyp II.....	129
Tabelle 31: Excel-Tabelle A_11 Gesprächstyp I.....	130
Tabelle 32: Excel-Tabelle A_11 Gesprächstyp II.....	130
Tabelle 33: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp I.....	131
Tabelle 34: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp II bis 25. Minute.....	131
Tabelle 35: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp II 26. Minute bis Gesprächsende.....	132

1 Einleitung

Ein hoher Prozentsatz der deutschen Gesamtbevölkerung leidet an chronischen Erkrankungen und ist auf eine dauerhafte umfassende Versorgung – in der Regel durch den Hausarzt – angewiesen. Diese Arbeit möchte einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung dieser Patienten leisten. Dafür wurden unter Alltagsbedingungen geführte Arzt-Patienten-Gespräche verschiedener Hausärzte mit Patienten mit einer chronischen Erkrankung mit darauffolgenden Gesprächen verglichen, die einen Bilanzierungsdialog enthielten.

Der Bilanzierungsdialog ist ein Konzept zur Optimierung der strukturierten hausärztlichen Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Dieses Konzept wurde als Reaktion auf Verständigungsprobleme im Versorgungsalltag entwickelt. Der Bilanzierungsdialog verfolgt das Ziel, einen Gesprächsrahmen zu schaffen, in dem Patient und Arzt gemeinsam den Krankheits- und Therapieverlauf evaluieren, einen von beiden Interaktionspartnern getragenen Behandlungsauftrag entwickeln, erreichbare Ziele verbindlich klären und Verantwortlichkeiten festlegen können. In dieser Dissertation wird analysiert, ob der Bilanzierungsdialog als Gesprächsleitlinie, die mit dem Ziel einer patientenorientierten Ausrichtung konzipiert wurde, es auch in der praktischen Anwendung vermag, dem Patienten mit seiner Lebenswirklichkeit mehr Raum zu bieten und damit eine Ergänzung zur bisherigen Routine darstellt.

Diese Arbeit nutzt ein strukturiertes Beobachtungsverfahren und führt eine Sekundäranalyse von 16 videodokumentierten Gesprächen durch. Die Gespräche wurden im Rahmen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen. Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis“ zwischen März 2003 bis April 2005 dokumentiert (Bahrs und Matthiessen 2007). Das ärztliche Interaktionsverhalten der Gespräche wurde mit dem Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI) kodiert und graphisch aufbereitet. Die Ergebnisse der Auswertungsdaten, die mittels des RLI erhoben wurden, wurden auf Einzelfallebene und im Gruppenvergleich dargestellt, diskutiert und um die Analyse der Gesprächsanteile der Ärzte und Patienten ergänzt. Diese Auswertung wurde mit bereits existenten Transkripten durchgeführt und in Bezug zu den weiteren Ergebnissen gestellt und diskutiert.

2 Stand der Forschung

Die Versorgungsforschung ist ebenso wie die Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation ein interdisziplinäres Forschungsfeld. Als ein Forschungsgebiet, das fächerübergreifend die Kranken- und Gesundheitsversorgung unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen evaluiert und dadurch zur Verbesserung der bestehenden Versorgungskonzepte beitragen kann, wird die Versorgungsforschung aktuell durch die Bundesärztekammer definiert. Unter anderem wird zur Versorgungsforschung die „Grundlagenforschung in versorgungsrelevanten Bereichen (z. B. kognitive und kommunikative Prozesse, Compliance, etc.)“ gezählt. Aber auch „Untersuchungen zur Arzt-Patient-Beziehung“ können zur Versorgungsforschung gerechnet werden (Bundesärztekammer 2004).

Sowohl zur Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten als auch zur Arzt-Patienten-Kommunikation liegen umfangreiche Forschungsberichte vor. Aufgrund dessen kann im folgenden Kapitel nur ein Ausschnitt der für das Verständnis dieser Arbeit wichtigen Definitionen und bestehende Erkenntnisse dargestellt werden.

2.1 Patientenzentrierte Medizin als Forschungsgegenstand

Die Medizin als Wissenschaft beschäftigte sich insbesondere mit dem kranken Menschen. Die gegenwärtige Medizin konzentriert sich neben den Pathologien des menschlichen Körpers auch wieder verstärkt auf die Person (Wollny 2012). Dabei bleibt das Gespräch das verbindende Element zwischen Arzt und Patient. Nachdem in Arzt-Patienten-Gesprächen vermehrt Defizite festgestellt worden sind (Hladschik-Kermer 2013), wurde die Forderung nach einer verbesserten Kommunikation laut. Die Defizite wurden vor allem darin gesehen, dass Patienten nicht über anstehende Behandlungen und mögliche Alternativen informiert sowie zu wenig in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Zudem wurden die Emotionen der Patienten eher selten berücksichtigt und aufgegriffen (Bensing et al. 2006). Aus dieser Kritik an den Arzt-Patienten-Gesprächen entstand der Appell diese in Zukunft patientenzentrierter zu gestalten.

2.1.1 Definition des Begriffes „Patientenzentrierung“

Eine umfassende Begriffsbestimmung, in welcher der Patient als Mensch mit seiner Auffassung von Krankheit und seinen Ängsten in den Mittelpunkt der Konsultation gestellt wird und gleichzeitig der Arzt als Mensch und Gegenüber nicht unbeachtet bleibt, stellte Mead in einer Metaanalyse im Jahr 2002 dar. Unter dem Titel „*Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature*“ wurden fünf Dimensionen von Patientenzentrierung in untersuchten Studien ermittelt (Mead und Bower 2002, S. 51):

- *The biopsychosocial perspective* / Die biopsychosoziale Perspektive
- *The „patient-as-person“* / Der Patient als Person
- *Sharing power and responsibility* / Förderung selbstverantwortlichen Handelns
- *The therapeutic alliance* / Das therapeutische Bündnis
- *The „doctor-as-person“* / Der Arzt als Person

Anhand dieser Dimensionen werden im Folgenden weitere Forschungsergebnisse eingeordnet, die für die vorliegende Arbeit relevant sind. Sicherlich können die genannten Studien mehreren Dimensionen zugeordnet werden. Im Sinne einer kurzen Skizzierung der zum Verständnis beitragenden Literatur erfolgt hier aber nur eine einfache Nennung der jeweiligen Studie bzw. Arbeit.

Die erstgenannte Dimension einer patientenzentrierten Haltung des Arztes wird durch eine **biopsychosoziale Perspektive** auf den Patienten und dessen Gesundheit ausgezeichnet. Aus dieser Sichtweise werden sowohl emotionale als auch physische und soziale Aspekte der Krankheit des Patienten als wichtiges Element zur Therapie betrachtet. Dabei werden vom Arzt verschiedene Fähigkeiten verlangt, denn die Beobachtung von physischen Komponenten einer Erkrankung des Patienten und die Wahrnehmung von emotionalen Aspekten beim Patienten unterscheiden sich (Zimmermann et al. 2011). Im deutschen Sprachraum ist das Modell der integrierten Medizin besonders durch Thure von Uexküll geprägt worden (Uexküll und Wesiack 2011). Die *biopsychosoziale Perspektive* wird in der hausärztlichen Medizin stärker als in vielen anderen medizinischen Disziplinen vertreten. Der Hausarzt kann, gerade auch durch die länger andauernde Betreuung des Patienten, den Menschen leichter in seinem sozialen und familiären Umfeld wahrnehmen als ärztliche Kollegen der stationären Versorgung. Auch die psychische Verfassung des Patienten bekommt hier einen Raum. Gerade bei chronischen Erkrankungen, die häufig mit Auswirkungen auf

das gesamte Leben des Patienten und auch mit Änderungen für dessen soziales Umfeld einhergehen, ist das Verständnis für den Patienten als Mensch in seinem sozialen Gefüge wichtig. Denn für die Behandlung chronischer Erkrankungen sind oftmals – wie zu erläutern sein wird – Lebensstiländerungen entscheidende Maßnahmen.

Eine weitere Dimension des Begriffes der patientenzentrierten Haltung bezieht sich auf den Patienten als Mensch (*The „patient-as-person“*). Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens sozialisiert und entwickelt durch persönliche Erfahrungen ein eigenes Gesundheits- und Krankheitskonzept. Für eine patientenzentrierte Versorgung ist die Kenntnis des jeweils spezifischen patienteneigenen Krankheitskonzepts von Nutzen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013). Das Verständnis, mit welcher Bedeutung eine Krankheit für den Patienten einhergeht, kann für die Therapie sehr hilfreich sein (Wollny 2012). Das Wissen um die Krankheitsvorstellung des Patienten ermöglicht eine „den Patienten in den Mittelpunkt setzende Betreuung“ (Junius-Walker und Theile 2007, S. 459).

Auch Antonovskys Modell der Salutogenese gibt einen Hinweis darauf, dass das Verständnis für das Gesundheits- und Krankheitskonzept des Patienten wichtig sein kann. So beschreibt er die Grundhaltung eines Menschen mit dem Begriff des Kohärenzgefühls. Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ausgeprägt ist, desto besser ist ihre Gesundheit bzw. ihre Fähigkeit gesund zu werden. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen, die durch die Lebenserfahrungen eines Menschen beeinflusst werden: Das Gefühl von „Verstehbarkeit“, das einem „kognitiven Verarbeitungsmuster“ (Bengel et al. 1999, S. 29) entspricht, das Gefühl von „Handhabbarkeit“ bzw. „Bewältigbarkeit“, das ein „kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster“ (Bengel et al. 1999, S. 29) beschreibt und das Gefühl von „Sinnhaftigkeit“ bzw. „Bedeutsamkeit“, das mit einer „motivationalen Komponente“ (Bengel et al. 1999, S. 30) und einer positiven Erwartungshaltung an das Leben einhergeht. Insgesamt lassen sich durch diese Komponenten des Kohärenzgefühls, die Grundhaltung und die eigene Wahrnehmung eines Menschen und die damit verbundene Fähigkeit sich gesund zu halten, erkennen. Dabei setzt Antonovsky keine absolute Gesundheit als Normzustand voraus, sondern einen durch das Kohärenzgefühl graduierten Zustand. Diese Beschreibung Antonovskys das „Miteinander von Krankheit und Gesundheit als ein Kontinuum“ zu betrachten, bedeutet einen „Paradigmenwechsel“ (Brucks et al. 1998, S. 24). Dieser sei auch angezeigt, weil sich das Krankheitsspektrum zu chronischen

Erkrankungen verschiebt und es bei der Behandlung immer auch die gesunden Anteile zu berücksichtigen gilt. Brucks fordert daher „eine auf die gesamte Lebenssituation bezogene Anamnese“ (Brucks et al. 1998, S. 24) und eine Förderung der Autonomie des Patienten.

Auch Geisler erklärt: „Anerkennung, Förderung und ggf. Wiederherstellung von Autonomie sind Grundelemente ärztlichen Handelns“ (Geisler 2004, S. 454). Allerdings gewinne die Autonomie des Patienten heute Vorrang vor dem Prinzip der Fürsorge (Geisler 2002, S. 3). Dies sei der rechtlichen Strukturierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses geschuldet (Geisler 2002, Wiesemann 2013). Das Arzt-Patienten-Verhältnis benötigt auch heute neben Autonomie Vertrauen (Wiesemann 2013) und das, obwohl oder gerade da sich die Patientenrolle im Wandel befindet (Hurrelmann et al. 2007). So kann der Arzt das vom Patienten vorgegebene Vertrauen als „Verantwortung übernehmen und in einem Prozess der Ermächtigung an den Patienten wieder zurückgeben.“ (Petzold 2011, S. 410). Dies stellt eine weitere Dimension einer patientenzentrierten Arzt-Patienten-Beziehung dar und wird bei Mead unter dem Titel *Sharing power and responsibility* genannt.

Davon grenzt Mead in ihrer Metastudie eine weitere Dimension der Patientenzentrierung, das *therapeutische Bündnis (The therapeutic alliance)*, ab. Dieses wird als die Findung gemeinsamer therapeutischer Ziele und einer verstärkten Arzt-Patienten-Bindung beschrieben (Mead und Bower 2002). Um gemeinsame therapeutische Ziele zu erhalten, bedarf es einer guten Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten. Die wissenschaftliche Forschung zu diesem Bereich wird v. a. durch die soziologische Forschung vorangebracht.

Der Arzt hat im *therapeutischen Bündnis* verschiedene Rollen. So benennt Veit in ihrem Lehrbuch „Praxis der Psychosomatischen Grundversorgung“ zum einen den Arzt als Wissensexperten und Partner des Patienten und zum anderen als Person, die den Patienten in seiner schwierigen Situation „stützen kann“ (Veit und Behling 2010, S. 48). Das macht deutlich, dass dem Arzt eine vielseitige Rolle zugedacht wird. Insbesondere dem Hausarzt, welchem der Patient häufig ein besonderes Vertrauen entgegenbringt, können dadurch verschiedene Bestimmungen zuteilwerden: So nennt Ripke ein gelungenes Arzt-Patienten-Gespräch als einen wichtigen Beitrag zur Gesundung des Patienten (Ripke, 1994, S 1). Weiterhin sollte der Hausarzt innerhalb dieser Dimension der Patientenzentrierung auch einen Betrag zur Gesundheitsförderung des Patienten leisten, wie sie in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 gefordert wurde. Demnach sollte der Arzt den Patienten „ein

höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen“ (WHO 1986, S. 1). Die partizipative Entscheidungsfindung (PEF, im Engl. „*shared-decision-making*“) ist eine Möglichkeit wie Patienten zu einer „stärkeren Beteiligung“ gebracht werden können und ein Modell der medizinischen Entscheidungsfindung (Dirmaier und Härter 2012, S. 327). Dabei zielt das Modell der PEF darauf ab, dass der Patient durch den Arzt bemächtigt wird, mit diesem gemeinsam Entscheidungen über seine Therapie zu treffen. Ein wichtiges Element ist dabei eine vertrauensvolle Beziehung, welche ein partnerschaftliches Miteinander ermöglicht. Eine derartige Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Hausarzt wurde bspw. in Studien zum Lebensende deutlich (Klindtworth et al. 2013). Geisler weist außerdem darauf hin, dass die Aufklärung über Behandlungsschritte des Patienten nicht das Ziel haben sollte, dass der Patient die Entscheidungen alleine trifft. Er begründet dies damit, dass ein „umfassend aufgeklärter Patient“ durch eine „absolute Entscheidungsfreiheit“ in eine isolierte Position gebracht wird (Geisler 2002, S. 3). Einer solchen Isolation kann das Entscheidungsmodell der PEF entgegenwirken, nämlich durch ein partnerschaftliches Einbringen von Informationen von beiden Seiten: von ärztlicher Seite das medizinische Wissen und von Seiten des Patienten Auskunft bzgl. seiner Lebensumstände und Präferenzen.

Neben der verstärkt geforderten Anwendung des rationalen Modells der PEF fließt in das *therapeutische Bündnis* zwischen Arzt und Patient schon jetzt auch das unbewusste, bereits von Balint aufgeworfene „Ringens zwischen Arzt und Patient um einen annehmbaren Kompromiss“ (Balint 2001, S. 38) ein. So sind die psychodynamischen Muster, die zu einer Entscheidung führen, emotional gesteuert und einer rationalen Entscheidungsfindung häufig nicht zugänglich.

Die fünfte von Mead identifizierte Dimension der Patientenzentrierung wird mit *The „doctor-as-person“* betitelt. Damit wird erfasst, dass der Arzt mit seinen persönlichen Qualitäten und seiner subjektiven Einstellung auch in seinem ärztlichen Handeln die patientenzentrierte Intervention ermöglicht bzw. beeinflusst (Mead und Bower 2002). In der Tradition Balints kann dies genutzt werden, um die gegebene Subjektivität des Arztes bewusst zu nutzen (Balint 2001).

Eine Studie, die sich mit Patienten mit Hypertonus als chronischer Erkrankung befasste, zeigt mittels Gruppendiskussionen mit Patienten, dass die ärztliche Auffassung der Patientenbedürfnisse hinsichtlich des Gesprächsbedarfs die Adhärenz des Patienten beeinflussen kann (Marx et al. 2011). Ein Fazit lautet, dass die Adhärenz des Patienten durch das

Gesprächsangebot seitens des Arztes beeinflusst und gefördert werden kann. Dies benötigt den Einsatz und die Bereitschaft des Arztes. Auch hier ist der Arzt selbst gefragt.

Ein weiterer Aspekt ist die persönliche Herangehensweise eines Arztes. Unter dem Begriff „Arzt-Zentriertheit“ (Himmel und Rösberg 2012, S. 591) weisen Himmel und Rösberg auch auf das „Denkmodell“ des Arztes hin, das für die Konsultation ausschlaggebend sei. So würden die Symptome des Patienten in das „diagnostisch-therapeutische Denksystem“ des Arztes integriert (Himmel und Rösberg 2012, S. 591). Neben dem diagnostischen Vorgehen des Arztes darf aber auch nicht dessen Kommunikationsweise außer Acht gelassen werden. So erklären Simmenroth-Nayda und Lohnstein in ihrem Kapitel Arzt-Patienten-Kommunikation, dass Ärzte in ihrer kommunikativen Professionalität „lebenslang Lernende“ seien (Simmenroth und Lohnstein 2012, S. 154).

2.1.2 Arzt-Patienten-Kommunikation

Trotz des immensen medizinischen Fortschrittes, insbesondere in der Diagnostik bspw. mittels bildgebender Verfahren, bleibt das Gespräch und die dabei entstehende Beziehung das verbindende Element zwischen Arzt und Patient. Das Arzt-Patienten-Gespräch ist vielschichtig (Abholz 2010).

Die Kommunikation wurde hinsichtlich der vermittelten Inhalte v. a. aber in Bezug auf den Beziehungsaspekt der Kommunikation beforscht. Watzlawick veröffentlichte fünf metakommunikative Axiome (Watzlawick et al. 2007). Diese besagen u. a., dass es in einer sozialen Situation nicht möglich sei, nicht zu kommunizieren. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass jede Kommunikation einen Inhaltsaspekt und einen diesen überwiegenden Beziehungsaspekt hat. Dabei überrascht es nicht, dass die Kommunikation eng mit kulturellen Eigenschaften verknüpft ist und sich in verschiedenen europäischen Ländern unterscheidet (Van den Brink-Muinen et al. 2000, Van den Brink-Muinen et al. 2008).

Gelingende Kommunikation ermöglicht eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Aktuelle Studien geben Hinweise darauf, dass durch partizipative Entscheidungsfindung die Therapietreue des Patienten optimiert werden kann und dies sich „positiv auf patientenrelevante, krankheitsbezogene Endpunkte“ auswirkt (Hauser et al. 2015, S. 670). Auch heilende Effekte wurden für die Arzt-Patienten-Interaktion beschrieben und auf die „interaktive(n) Beteiligung und (der) Selbstbestimmung von Patienten im Gespräch zurückgeführt“ (Nowak 2011, S. 10).

Die Kommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch ist also Objekt intensiver u. a. soziologischer Forschung. Dabei waren insbesondere Visitingespräche (Weber 2011), Anamnesege-

sprache und die Diagnosemitteilung im stationären Bereich (u. a. Koerfer 2008) sowie auch Gesprächen in der ambulanten primärmedizinischen Versorgung (u. a. Bahrs und Szecsenyi 1993) Gegenstand der Forschung.

Die hier vorgelegte Arbeit untersucht Aspekte der ärztlichen Kommunikation mit Hilfe von Videoaufzeichnungen im hausärztlichen Setting. So können „Analysen von Interaktionen“ auch im Rahmen der allgemeinmedizinischen Forschung gewonnen werden (Wilm 2005, S. 235). Damit könnten Empfehlungen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation auf Details, die man der momentan praktizierten Interaktion entnehmen kann, fußen (Pilnick et al. 2009). Auch wiesen analytische Studien zur Kommunikation mittels Videoaufzeichnungen, welche Interaktion zwischen den handelnden Personen zeigten, darauf hin, dass damit eine Identifikation der Praxis und eine Beschreibung von Kommunikationsmustern im Detail ermöglicht werden (Parry und Land 2013).

2.2 Hausärztliche Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen

Der Hausarzt nimmt im Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen häufig eine besondere Rolle in der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ein. So sind Hausärzte nicht „primär organ- oder aufgabenzentriert, sondern sehen sich als Spezialisten für den ganzen Menschen“ (DEGAM 2012, S. 4). Dabei ist der Hausarzt häufig die erste Anlaufstelle des Patienten bei medizinischen Belangen und erhält damit die Funktion eines Siebs, welches die Patienten herausfiltert, die einen Spezialisten benötigen. Für den Patienten kann der Hausarzt damit zu einem „Lotsen“ werden, der einen koordinierenden Ansprechpartner in sämtlichen medizinischen Fragen darstellt. Darüber hinaus gehören auch präventive Aspekte zur kontinuierlichen Betreuung des Hausarztes, welcher häufig die ganze Familie eines Patienten betreut und somit den jeweiligen Patienten in einem mehrdimensionalen Blickwinkel sehen kann (Abholz und Kochen 2012).

Gerade bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen handelt es sich meist um eine „langzeitige und umfassende Betreuung“, „die zum Teil selbst zu leisten und bei Bedarf zwischen verschiedenen Disziplinen bzw. Professionen zu koordinieren“ (DEGAM 2012, S. 4) ist. Da Patienten mit chronischen Krankheiten in der Regel häufiger und dauerhaft einen Ansprechpartner benötigen, besuchen diese Patienten hausärztliche Praxen häufiger als Patienten ohne chronische Erkrankung. Außerdem schätzen Patienten mit chronischen Erkrankungen die hausärztliche, auf Kontinuität angelegte Beziehung zu einem ihnen bekannten Hausarzt (Turner et al. 2007) besonders.

Chronische Krankheiten sind u. a. aufgrund ihrer volkswirtschaftlichen Folgen gegenwärtig ein sehr wichtiges Thema – und das nicht nur in den medizinischen oder soziologischen Wissenschaften. Die Angaben über den Anteil der Bevölkerung mit chronischen Erkrankungen sind sehr verschieden. Laut des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurden bereits im Jahr 2001 40 % (Deutscher Bundestag 1999) der deutschen Bürger als chronisch krank eingeschätzt, bei Patienten in Behandlung lag der Wert bei 50 %. Gemessen an allen Krankheiten wird voraussichtlich bis 2020 „der Anteil [der chronischen Krankheiten] auf 60 % steigen“ (Gensichen und Rosemann 2007, S. 365).

2.2.1 Definition des Begriffes „Chronische Erkrankung“

Während Gesundheit durch die World Health Organization (WHO 1948) als „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ („*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“) (WHO 1948) definiert wurde, gibt es für den Begriff „Chronische Krankheit/Erkrankung“ keine einheitliche Definition. Die Gesundheit kann jedoch auch als der Zustand betrachtet werden, der einem Kontinuum entspricht (Antonovsky und Franke 1997). Bei dieser Sichtweise wird die Erkrankung mit eingeschlossen. Wilm und Abholz definierten: „Chronisch ist eine Krankheit, die nach Auftreten in verschiedener Ausprägung, aber lebenslang bestehen bleibt und die Komplikationen sowie nicht selten einen vorzeitigen Tod zur Folge haben kann“ (Wilm und Abholz 2012, S. 203).

Heutzutage müssen verstärkt chronische von akuten Erkrankungen abgrenzt werden. Akute Erkrankungen führen durch eine unmittelbare Beeinträchtigung des Patienten zu einem Krankheitsgefühl und meist auch zu Handlungen des Patienten. Behinderungen, die sich durch eine chronische Erkrankung ergeben können, sind dagegen sehr variabel.

Die folgende systematische Aufgliederung nach einer Tabelle aus dem Kapitel „Chronisches Kranksein“ aus dem Lehrbuch für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Wilm und Abholz 2012, S. 204) zeigt, wie viele Erkrankungen unter dem Begriff „chronisch“ subsumiert werden: So können symptomatische chronische Krankheiten mit vorzeitigem Tod (Krebserkrankungen, AIDS, Leberzirrhose, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz, etc.) und chronische Erkrankungen mit normaler Lebenserwartung (degenerative rheumatische Erkrankungen, Psoriasis, Neurodermitis, Neurose, Nephrolithiasis, etc.) von asymptomatischen chronischen Erkrankungen getrennt werden. Die asymptomatischen Erkrankungen sind häufig Risikofaktoren-Erkrankungen (Bluthoch-

druck, Polyposis coli, atypische Pigmentnävi, etc.), Frühformen wie Diabetes mellitus oder chronische Hepatitiden, die erst später manifest werden, und außerdem in früh entdeckte und kurativ behandelbare Krebserkrankungen aufgliedert werden können.

Diese mögliche, differenzierte Aufgliederung der chronischen Erkrankungen zeigt auch, dass der häufig synonym verwendete Ausdruck der Zivilisationskrankheiten, im Engl. *Lifestyle-related diseases*, den Erkrankungen nicht ausreichend gerecht wird, da u. a. der genetische Anteil oder auch der psychosoziale Anteil bei der einzelnen Person unbeachtet bleibt. Nichtsdestoweniger beinhaltet dieser Begriff, dass Risikofaktoren für die verschiedenen chronischen Erkrankungen bestehen, die mit dem Lebensstil verbunden sind. Allgemein anerkannte Risikofaktoren sind ein übermäßiger und inadäquater Konsum an Lebensmitteln, aber auch Rauchen, Alkoholkonsum und unzureichende körperliche Betätigung. Diese Risikofaktoren können mit einem gesunden Lebensstil vermindert werden. Hier können die präventiven Betreuungsaspekte der hausärztlichen Tätigkeit für die einzelne Person, aber auch für die Gesellschaft, als von großer Bedeutung angesehen werden (Abholz 2006).

Eine gemeinsame Eigenschaft vieler chronischer Erkrankungen ist es – darauf weist die WHO hin (WHO 2005) –, dass der Grundstein der Erkrankung in jungen Jahren gelegt wird und bis zur vollen Ausprägung Jahrzehnte vergehen können und damit viel Zeit für Prävention gegeben ist. Dabei handelt es sich um Jahre, in denen der Patient meist nur sporadisch in hausärztlicher Betreuung steht. Dieses unsystematische Vorgehen, dass nicht alle Patienten angesprochen werden, hält Abholz für einen Nachteil der *Hausärztlichen Prävention* (Abholz 2006). Für den Patienten selbst kann diese Form eines Kontakts, wenn noch kein Handlungsbedarf besteht, jedoch die adäquate sein. Obgleich es auch zu einer optimalen Betreuung und Therapie kommt, bleiben die Verläufe chronischer Erkrankungen relativ unvorhersehbar. Chronische Erkrankungen gehen u. a. deshalb, aber auch aufgrund der Belastung des Umfelds des Patienten, mit psychosozialen Belastungen einher (Dinger-Broda und Schüßler 2011).

Menschen mit chronischen Erkrankungen sind immer auch bedingt gesund. Die stigmatisierende Bezeichnung „Chroniker“, wie sie sich z.B. im Zusammenhang mit Abrechnungsmodalitäten durchgesetzt hat, reduziert den ganzen Menschen auf das zentrale Merkmal der chronischen Krankheit und definiert darüber dessen soziale Identität („*master status*“ im Sinne Goffmans (Goffman 2016)). Um dieser Vereinseitigung entgegenzuwirken wird in dieser Arbeit, wie im Positionspapier der DEGAM 2007 zur „Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten“ gefordert, durchgängig von Patienten bzw. „Men-

schen mit chronischen Erkrankungen“ (DEGAM 2007, S 317) gesprochen und nicht etwa von chronisch Kranken oder Chronikern.

2.2.2 Multimorbidität

Das „gleichzeitige Auftreten mehrerer (zwei und mehr) chronischer oder akuter Erkrankungen und medizinischer Zustände bei einer Person“ (Beyer et al. 2007, S. 311) wird als Multimorbidität bezeichnet. Dieses Phänomen tritt in der Bevölkerung ab einem Alter von 65 Jahren verstärkt auf und ist bei beiden Geschlechtern gleich häufig zu finden (Van den Bussche et al. 2012).

Die einzelnen Erkrankungen können dabei weder in der Wahrnehmung des Patienten noch in der Behandlung getrennt betrachtet werden. Zwei verschiedene Menschen können trotz gleicher körperlicher Erkrankungen auf sehr verschiedene Weise in ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt sein. So fordern u. a. Junius-Walker und Theile ein „hausärztlich holistisches Versorgungskonzept“ (Junius-Walker und Theile 2007, S. 457), um der komplexen und individuellen Situation älterer multimorbider Patienten gerecht zu werden.

Die verschiedenen Erkrankungen stellen Arzt und Patient vor zahlreiche Herausforderungen. Aus Patientensicht darf nicht vergessen werden, dass die psychische Auseinandersetzung des Patienten mit mehreren Problemlagen, die aus ärztlicher Perspektive als Krankheiten bezeichnet werden können, zunehmend komplexer wird. Gerade bei dieser Bewältigung ist die unterstützende Expertise des behandelnden Arztes gefragt. Zudem ist es laut Wilm und Abholz für die Behandlung wichtig, die Sicht des Patienten auf seine Erkrankung zu kennen, da dieser bewusst oder unbewusst seine Diagnosen in eine Rangfolge bringt, sog. Priorisierungsentscheidungen trifft (Wilm und Abholz 2012, S. 205) und danach handelt.

So sollte für „multimorbide“ Patienten gelten, dass es „gerade bei der Langzeitbetreuung chronisch Erkrankter eine auf Dauer angelegte, tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung“ (Wilm und Abholz 2012, S. 204) gibt. Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zunächst v. a. durch die Kontaktaufnahme des Patienten ermöglicht. So erfolgt die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe durch Patienten, typischerweise anlassbezogen auf Initiative des Patienten (Gerlach et al. 2006). Eine solche durch den Patienten gesteuerte Kontaktaufnahme führt dazu, dass während der Konsultation v. a. dem akuten Anlass Raum gegeben wird. Der Arzt wird bei seinem Therapievorschlag für den akuten Anlass zwar die chronische(n) Erkrankung(en) seines Patienten berücksichtigen, das Zurechtkommen des Patienten mit seiner chronischen Erkrankung dagegen wird in dieser Konsultation keine ausreichende Beachtung finden. So kann der Patient mit einer chronischen Erkrankung jahrelang behandelt werden, ohne dass der Arzt

einen expliziten Behandlungsauftrag des Patienten zur Behandlung der chronischen Krankheit erhält oder eine gemeinsame Evaluation stattfindet (Bahrs und Matthiessen 2007).

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint ein Bilanzierungsdialog, wie er von Bahrs und Matthiessen vorgeschlagen wurde, als eine notwendige Erweiterung der komplexen Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen im hausärztlichen Umfeld (Bahrs und Matthiessen 2007).

2.2.3 Bilanzierungsdialog

Der Bilanzierungsdialog ist ein relativ neuer Ansatz zur Erweiterung der v. a. auf strukturierende Maßnahmen ausgelegten Disease-Management-Programme (DMP). In einem Praxisforschungsprojekt wurde der Bilanzierungsdialog im Hinblick auf alltägliche Handlungsprobleme entwickelt. Die Implementierung eines bilanzierenden Gespräches wird von wissenschaftlicher Seite (bspw. Ziegeler und Himmel 2012, Junius-Walker und Theile 2007) zunehmend gefordert. Hintergrund ist die Erfahrung, dass die vielschichtige Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen in der Vergangenheit Defizite zeigte (Verweyen et al. 2007). Trotz der „deutlichen Zunahme an didaktisch immer weiter optimierten Fortbildungen für Ärzte und Schulungen für Patienten“ (Verweyen et al. 2007, S. 52), verbesserten sich die messbaren Parameter der Menschen mit Diabetes als einer Gruppe von Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht wesentlich. Eine wissenschaftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wies nach Einführung der Disease-Management-Programme auf die Notwendigkeit eines „Gesprächsleitfadens“ hin, um u. a. den subjektiven Auffassungen und dem Krankheitskonzept eines Patienten mit einer chronischen Erkrankung innerhalb der DMP auch in der Versorgungswirklichkeit überhaupt gerecht werden zu können (Altiner und Donner-Banzhoff 2008).

Ein solcher - allerdings krankheitsübergreifender - Gesprächsrahmen wurde durch das bereits erwähnte Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ geschaffen. Dieses Projekt wurde in den Jahren 2002 bis 2005 am Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Göttingen in Kooperation mit dem Institut für Theorie der Medizin und komplementäre Heilverfahren der Universität Witten/Herdecke durchgeführt. Im Kontext der Einführung der DMP wurde dieses Projekt vom Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) zur Erforschung und Förderung der Selbsthilfepoten-

tiale von Patienten mit chronischen Krankheiten und zur „Weiterentwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 9) gefördert.

In interdisziplinären Qualitätszirkeln befassten sich Ärzte und Sozialwissenschaftler mit Hilfe von Videoaufnahmen u. a. mit Fragen zur „Gesunderhaltung“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 17) und dem Versorgungsalltag von Patienten mit chronischen Erkrankungen. So wurden in diesem Forschungs- und Entwicklungsprojekt insbesondere Strategien zur Unterstützung des Selbsthilfepotenzials der Patienten ausgearbeitet sowie ein Setting mit salutogener Orientierung herauskristallisiert.

Zunächst wurden im Rahmen des Projektes Konsultationen aus dem herkömmlichen Sprechstundenalltag mit Hilfe von Videoaufzeichnungen dokumentiert. In Qualitätszirkeln wurden dann Herausforderungen in der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen erörtert. Dabei wurde immer wieder ein geradezu systematisches Aneinander-Vorbei-Reden von Therapeuten und Patienten beobachtet. Zwischen der Lebenswelt der Patienten und der medizinischen „Welt“ wurde eine Kluft offensichtlich. Fehlende Klärung über Aufträge und Ziele der Behandlung waren die Folge. In Fallbesprechungen und Workshops wurden im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ Strategien zur „Förderung und Aufrechterhaltung von Gesundheit“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 17) entwickelt.

Durch die Zusammenarbeit von Ärzten und den das Projekt begleitenden Sozialforschern konnte schließlich eine Handlungsempfehlung für ein bilanzierendes Gespräch aufgestellt werden. Im Verlauf des Projektes wurden schließlich auch Konsultationen mittels Videoaufnahmen aufgezeichnet. In diesen Folgevideoaufzeichnungen versuchten die Ärzte die Empfehlungen umzusetzen. Die Gesprächsleitlinie war also eine Konsequenz des Projektes und nicht dessen Voraussetzung. Sie kann aber als Messlatte für die sich ausdifferenzierenden Bilanzierungsdialoge dienen, die in dieser Arbeit mit Blick auf eine neue Fragestellung ausgewertet wurden. Die teilnehmenden Ärzte erhielten folglich keine Schulung zum Bilanzierungsdialog, sondern waren in regelmäßigen Qualitätszirkeltreffen und Workshops an der dessen Entwicklung beteiligt. Das Ergebnis, ein idealisiertes Ablaufschema, konnte dann später in der Evaluationsstudie BILANZ (Bahrs et al. 2017, Henze et al. 2016) den beteiligten Studienärzten zur Verfügung gestellt werden. Für die in dieser Arbeit ausgewerteten Gespräche gab es also eben noch kein definiertes Ablaufschema.

Der Gesprächsrahmen wurde von Ärzten und Sozialwissenschaftlern zunächst als eine mögliche Herangehensweise zur Verminderung von Verständigungsproblemen im Versorgungsalltag entworfen. Er wurde als Bilanzierungsdialog bezeichnet und verfolgt konkret die Ziele, dass Patient und Arzt gemeinsam den Krankheits- und Therapieverlauf evaluieren, einen von beiden Interaktionspartnern getragenen Behandlungsauftrag entwickeln, erreichbare Ziele in der Therapie verbindlich klären und Verantwortlichkeiten festlegen können. Damit entspricht das Gespräch einer gemeinsamen Bilanzierung mit salutogener Orientierung.

Der Handlungsempfehlung zufolge findet das Bilanzierungsgespräch möglichst außerhalb der normalen hausärztlichen Routine statt. Nach Eröffnung der Konsultation und dem Herstellen eines aktuellen Bezuges, schließt sich ein Rückblick auf die Behandlungs- bzw. des Krankheitsgeschichte an. Durch das gemeinsame Rekapitulieren des bisher Geschehenen wird eine Bewertung der Bedeutung der Krankheit und ihrer Behandlung v. a. für den Patienten möglich. Neben dieser auf die Vergangenheit gerichteten Komponente, enthält der Bilanzierungsdialog einen stark auf die Zukunft ausgerichteten Anteil: Dieser beinhaltet die explizite Formulierung, eventuell eine Reformulierung, des Behandlungsauftrages und die gemeinsame Vereinbarung von erreichbaren Zielvorstellungen. Dabei ist der Bezug auf den Alltag und die Lebenswirklichkeit des Patienten wichtig. Eine Evaluation des stattgefundenen bilanzierenden Gespräches und die Beendigung der Konsultation schließen den Bilanzierungsdialog ab.

Durch diesen Aufbau verfolgt der Bilanzierungsdialog das Ziel einer „Evaluation der bisherigen (gemeinsamen) Behandlung“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S: 301). Gleichzeitig sorgt dieser auch für den Erhalt „eines tieferen Verständnisses für den lebensweltlichen Kontext“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 301). Außerdem ermöglicht er das Erkennen der „Bedeutung der Krankheit(en) für den Patienten“ und die „Entwicklung eines Gesamtbildes von Risiken und Ressourcen“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 302). Als Ziel für die Umsetzung gilt die bereits erwähnte „(Re-) Formulierung des Behandlungsauftrages“, „konkrete Absprachen bzgl. der Verantwortlichkeiten, Vereinbarungen über die Behandlungsziele“ und als übergreifendes Ziel die „Festigung der Arzt-Patienten-Beziehung“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 302). Der Bilanzierungsdialog stärkt damit die Selbstverantwortung des Patienten. Ein dadurch zu erwartender positiver Effekt ist u. a. eine verbesserte Therapieadhärenz des Patienten, die aufgrund einer verbesserten Identifikation des Patienten mit der Behandlung durch eine patientenzentrierte Verhaltensweise des Arztes

erreicht wird. Dies kann gerade auch mit dem Wissen sinnvoll sein, dass im Zusammenhang mit einer anderen Studie festgestellt wurde, dass das „Interesse des Hausarztes an der psychosozialen Situation des Patienten von den Befragten weniger wahrgenommen (wird,) als es die Hausärzte in der gleichen Studie selbst postulierten“ (Constantinidis et al. 2013, S. 320).

Bilanzierungsdialoge wurden - soweit bekannt - kaum außerhalb von Projektzusammenhängen durchgeführt, so dass bislang kaum Ergebnisse zu Effekten des Bilanzierungsdialogs vorliegen. Das Vorgehen gilt als „promising intervention“ (Rosenbrock 2007) und ist mit dem Evidenzgrad III in die S3-Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden aufgenommen worden (Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden 2012). Zu Beginn der hier vorgelegten Arbeit gab es noch keinerlei Studien zu Effekten des Bilanzierungsdialogs. Die Evaluationsstudie BILANZ (vgl. S. I) befindet sich derzeit in der Phase der Berichterstattung.

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die Forschungsziele und die Forschungsmethode der Arbeit sowie die Herangehensweise an die Datenanalyse dargestellt. Der Arbeit ging das Verfassen eines Exposés zur Entwicklung und Formulierung der Fragestellung voraus.

3.1 Forschungsziele

Ziel dieser Arbeit ist es zu analysieren, ob mit Hilfe des Bilanzierungsdialogs ein verstärkt patientenzentriertes Gespräch gefördert werden kann. Dabei handelt es sich bei dem qualitativen Teil der Arbeit eher um das Format einer explorativen Studie und beim quantitativen Teil der Arbeit um die Überprüfung vorab definierter Annahmen. Die Patientenzentrierung wird für diese Arbeit als ein Konstrukt aus fünf Dimensionen, wie sie von Mead 2002 definiert wurden, verstanden (vgl. S. 3).

Um eine Veränderung der Patientenzentrierung messen zu können, wird ein Vergleich von Videoaufzeichnungen durchgeführt: Gespräche aus herkömmlichen Konsultationen werden Gesprächen, die einen Bilanzierungsdialog enthalten, gegenübergestellt. Dabei werden Indikatoren für ein patientenzentriertes Gespräch an jeweils vergleichbare Konsultationen mit und ohne Strukturierung durch den Bilanzierungsdialog angelegt. Durch diese Gegenüberstellung wird untersucht, ob die Gesprächsleitlinie des Bilanzierungsdialogs, die mit dem Ziel einer patientenorientierten Ausrichtung konzipiert wurde, es auch in der praktischen Anwendung vermag, dem Patienten mit seiner Lebenswirklichkeit mehr Raum zu bieten. Nimmt man an, dass der Bilanzierungsdialog – als eine patientenorientierte Gesprächsleitlinie – den Patienten auch verstärkt als Person gelten lässt, würde für den Patienten ein Motivationsanreiz geschaffen werden. Die Betrachtung des Patienten als Person impliziert, dass der Patient als Experte seines Krankseins und nicht nur als Erkrankter wahrgenommen und damit aufgewertet wird. Damit würde es dem Patienten ermöglicht werden, sich mit seiner Krankheit aus einer veränderten Perspektive auseinanderzusetzen. Hierdurch ließen sich in der Folge ggf. effektivere Maßnahmen zur Heilung des Patienten ergreifen. Auf Grund dessen wäre das Erreichen einer verstärkten Patientenzentrierung ein gutes Argument, Ärzte für den Bilanzierungsdialog zu motivieren. Der Nutzen dieser Beo-

bachtungsstudie besteht also darin, zu untersuchen, ob der Bilanzierungsdialog seiner Konzeption gerecht wird. Für den Fall, dass durch den Einsatz des Bilanzierungsdialogs bereits bei der ersten Anwendung eine verstärkte Patientenzentrierung ermöglicht wird, wären weitere Studien bspw. zu seinen Effekten sinnvoll. Anderenfalls könnten sich aus dieser Arbeit Hinweise für Veränderungsmöglichkeiten ergeben.

3.2 Erhebungsinstrumente

Der systematische Vergleich der beiden Gesprächstypen im hausärztlichen Setting bedarf einer Methode, die die Gespräche und die darin stattfindende ärztliche Kommunikation in Bezug auf die jeweilige Patientenzentrierung vergleichbar aufbereitet.

3.2.1 Forschung mittels Videoaufzeichnungen

Kommunikation kann mit verschiedenen Methoden erforscht werden. Während früher unmittelbare Beobachtungen und Tonbandaufnahmen häufiger eingesetzt wurden, werden mittlerweile bevorzugt Videoaufzeichnungen verwendet. Diese ermöglichen eine Rekonstruktion des Geschehens unabhängig von der individuellen Sichtweise der Beteiligten und liefern neben den gesprochenen Inhalten auch Informationen zur Gestik und Mimik der Beteiligten. Dadurch ergibt sich zudem die Möglichkeit, gemeinsam mit den Akteuren die Aufzeichnungen im Nachhinein zu analysieren und daraus Schlüsse für künftiges Handeln zu ziehen (Bahrs 2005). Die Videoaufzeichnungen liefern also verschiedenste Informationen und die Möglichkeit, solche Aufnahmen auch zu Trainingszwecken einzusetzen (Maatouk-Bürmann et al. 2016). Dies ist besonders hilfreich, da es nicht immer einfach ist, Ärzte für die Teilnahme an solchen Studien zu gewinnen. Die Bereitschaft, an Studien teilzunehmen, steigt dagegen, wenn die Ärzte dadurch selbst etwas dazulernen können und positiv bestärkt werden (Stock et al. 2012).

3.2.2 Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“

Zur Erreichung der Forschungsziele werden Sekundärdaten aus den Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“ (vgl. S. 12) gewonnen.

Die Ärzte und Patienten des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“ haben der Verwendung der Videoaufnahmen zu Forschungsvorhaben in umfassenden Einverständniserklärungen schriftlich zugestimmt. Die Videoaufzeichnungen können demnach unter dieser neuen Fragestellung ohne Einschränkungen ausgewertet werden.

Datenschutzmaßnahmen werden insoweit ergriffen, als dass die aus den Videoaufzeichnungen erhaltenen Datensätze dieser Arbeit keine persönlichen Daten wie Namen der beteiligten Ärzte oder Patienten enthalten. Lediglich das Alter und das Geschlecht der Ärzte und der Patienten wird in Übersichtstabellen (vgl. S. 44) dargestellt, um u. a. Genderaspekte behandeln zu können. Weiterhin wird die jeweilige chronische Erkrankung der Patienten erfasst, da sie ein Einschlusskriterium in die vorliegende Studie darstellt. Dies war im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ ebenso eine Voraussetzung (vgl. 2.2.3). Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen stimmte der mit diesem Promotionsvorhaben verbundenen erweiterten Auswertung zu (Antragsnummer DOK_50_2013).

Im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ wurde der hier untersuchte Bilanzierungsdialog ursprünglich konzipiert und erprobt (vgl. S. 12) sowie mittels Videoaufzeichnungen erfasst. Im Hinblick auf das Ziel dieser Dissertation werden aus dem Pool aller erzeugten Videoaufzeichnungen diejenigen ausgewählt, die die folgenden Kriterien erfüllten:

- Ein Patient mit chronischer Erkrankung
- Ein ärztlicher Therapeut
- Zwei Videoaufnahmen des gleichen Arztes mit dem gleichen Patienten mit ca. einem Jahr Abstand.

Durch diese Einschlusskriterien wird ein Paarvergleich ermöglicht. Die erste Videoaufzeichnung enthält ein herkömmliches Arzt-Patienten-Gespräch: Der Patient kommt mit einem konkreten Anliegen zum Hausarzt. Dieses Anliegen wird behandelt und gleichzeitig ist dem Arzt die chronische Erkrankung des Patienten bewusst. Die chronische Erkrankung dominiert jedoch in den allermeisten Fällen nicht den Inhalt des Gespräches. Ein solches Gespräch aus der Alltagsroutine der hausärztlichen Patientenversorgung wird im Folgetext auch als Gesprächstyp I (GT I) bezeichnet.

Die Folgevideoaufzeichnungen beinhalten den Gesprächstyp II (GT II). Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass das erfasste Gespräch im Gegensatz zu Gesprächstyp I ohne konkreten Anlass von Seiten des Patienten stattfindet, sondern vom Hausarzt initiiert wird. Er gibt auf diese Weise dem Patienten die Möglichkeit Anliegen, welche bisher im Hintergrund standen, zum Thema zu machen. Diese Art des Gesprächs stellt den Gesprächstyp II und die Umsetzung eines Bilanzierungsdialogs dar. Im Gesprächstyp II soll zum einen einen Rückblick auf die bisherige Behandlungsgeschichte geschehen und zum anderen im Verlauf des Gespräches ein expliziter Behandlungsauftrag für die Zukunft formu-

liert werden. In Folge dessen sollen am Ende des Gespräches gemeinsame Zielvereinbarungen mit Alltagsbezug geschaffen werden (Bahrs und Matthiessen 2007).

3.2.3 Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI)

Die Videoaufzeichnungen werden mittels des Ratinginventars Lösungsorientierter Interventionen ausgewertet. Das RLI ist „ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung ressourcen- und lösungsorientierten Therapeutenverhaltens“ (Honermann 1999, S. 9). Vor dem Hintergrund der Systemischen Therapie wurde das RLI in den neunziger Jahren unter der Leitung von Günter Schiepek mit dem Ziel entwickelt, „der Dynamik und Komplexität therapeutischer Vorgehensweisen gerecht“ (Honermann 1999, S. 7) zu werden und gleichzeitig „neben Forschungszwecken auch zu Praxiszwecken“ (Honermann 1999, S. 7) anwendbar zu sein. Als ein geeignetes Mittel für das Forschungsvorhaben dieser Arbeit wird das RLI insbesondere deshalb angesehen, da Ziel- und Lösungsorientierung, die der Philosophie der Bilanzierungsdialoge entsprechen – anders als z.B. in dem weit verbreiteten RIAS-Kodiersystem –, hier dargestellt werden können.

Das Roter Interaction Analysis Systems (RIAS) wird oft im medizinischen Setting verwendet und systematisiert Gespräche durch eine Zuordnung der Äußerungen zu 29 instrumentellen und 14 affektiv-sozioemotionalen Kategorien (Roter und Larson 2002). Das Gesagte wird im RIAS – anders als im RLI – nur jeweils einer einzigen Kategorie zugeordnet. Bei der Kodierung werden Inhalt, Tonfall und Betonung berücksichtigt. Jedoch ist das RIAS inhaltlich bewusst allgemein gehalten. Auch das unterscheidet die beiden Kodiersysteme von einander. Dass das RLI aber ganz spezifische und hier relevante Gesprächsdimensionen abbildet, macht es für den hier angestrebten Vergleich der Patientenzentrierung der beiden Gesprächstypen besonders geeignet. So wird durch das RLI ermöglicht, ein patientenzentriertes Vorgehen zu erfassen, was ja in dieser Studie eine zentrale Rolle spielt (vgl. S. 30).

Bisher wurde das „Kodierinstrument“ RLI bereits in Veröffentlichungen zum Vergleich von Interventionsstrukturen verschiedener therapeutischer Berufsgruppen herangezogen (Kasper und Reitz 2013). Deshalb kann es auch als geeignete Methode für den Vergleich der Interventionsstruktur der Ärzte im Hinblick auf die Patientenzentrierung in verschiedenen Gesprächsformen im hausärztlichen Setting angesehen werden. Gleichwohl wird bei der Auswertung auf sich möglicherweise ergebende Differenzen zwischen dem hausärztlichen Setting und der Systemischen Therapie – für welche der RLI ursprünglich entwickelt

wurde – geachtet: Im Manual des RLI wird bspw. von „Klient und Therapeut“ gesprochen, wohingegen es sich im hausärztlichen Kontext um Patient und Arzt handelt.

Die Entscheidung, den Vergleich in dieser Studie mittels des halbstandardisierten Kodierverfahrens des RLI durchzuführen, wird weiterhin dadurch bestärkt, dass das RLI eine interessante Kombination aus qualitativer und quantitativer Forschung ermöglicht. So wird zum einen eine quantitative Auswertung ermöglicht: Gesprächsmerkmale werden dargestellt und können hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Ausprägung verglichen werden. Zum anderen lassen sich die Kodierungen der Gesprächsmerkmale zu Mustern zusammenfassen, die in ihrer Gestalt verglichen werden können: ein qualitativer Ansatz (Häder 2010).

3.2.4 Einführung zur Methode RLI

Das RLI ist ein Kodierverfahren zur Beschreibung und Analyse der Interventionsstruktur eines Therapeuten. Das Konzept wurde im Rahmen einer Faktorenanalyse, wie sie Anwendung in der Psychologie, über die Pädagogik und Medizin bis hin zu den Sozialwissenschaften findet, erstellt, um Hypothesen zu generieren und Daten zu reduzieren (Geider et al. 1982). Das RLI erfasst die Daten in Form von sog. Items, die durch den Anwender, den sog. Rater (von „*to rate sth.*“ aus dem Englischen zu übersetzen mit „etwas abschätzen, etwas bemessen“) bewertet werden. Das korrekte Kodieren muss dafür erst erlernt werden. Für die hier vorliegende Arbeit wird das Kodieren im Sinne des RLI in einer Gruppenschulung eingeübt und dann in intensiven gemeinsamen Ratertrainings - wie im Manual des RLI als Beobachtertraining beschrieben ist (Honeremann 1999) – mit ca. 20 Treffen von mehrstündiger Dauer über 5 Monate hinweg gefestigt. Dies geschieht primär im Kontext einer anderen Studie, der BILANZ-Studie (vgl. S. I). Im Rahmen einer Tätigkeit als studentische wissenschaftliche Hilfskraft in der BILANZ-Studie wird das Kodieren von Videoaufzeichnungen im Sinne des RLI auch von der Autorin dieser Arbeit selbst erlernt. Ebenso wird für die BILANZ-Studie die Interrater-Reliabilität aller beteiligten Rater bestimmt. Auf diese Weise findet über das Beobachtertraining für die BILANZ-Studie eine Art Eichung statt, die auch dazu befähigt in der Folge die Gespräche für diese Promotionsarbeit mit gesicherter Validität und Reliabilität kodieren zu können. Die Kodierungen der Videoaufzeichnungen des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“, welche die Grundlage dieser Arbeit darstellen, werden von der Autorin der hier vorliegenden Arbeit eigenständig durchgeführt.

Das RLI bildet sieben verschiedene Dimensionen des therapeutischen Handelns ab, die allerdings auf die Kommunikationsebene beschränkt bleiben. Während der Teil des ärztlichen Handelns, der die körperliche Untersuchung darstellt, unberücksichtigt bleibt, werden folgende Beratungsqualitäten, sog. (Wirk-) Faktoren, analysiert:

- Faktor 1: Problemanalyse / Defizitorientierung
- Faktor 2: Zielaktualisierung
- Faktor 3: Konkretisierung von Lösungen
- Faktor 4: Beziehungsgestaltung / Kooperation / Respekt
- Faktor 5: Ressourcenentwicklung / Kompetenzentwicklung
- Faktor 6: Alternatives Denken / Musterunterbrechung / Destabilisierung
- Faktor 7: Reframing

Jeder dieser Faktoren ist aus mehreren Items, die jeweils einen Teilaspekt des Faktors abbilden, zusammengesetzt. Insgesamt werden 23 Items erfasst, die dann zu den sieben genannten (Wirk-)Faktoren (Kasper und Geiger 2006) gruppiert werden. Die Items geben das Verhalten des Therapeuten wieder und sind in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

Die letzte Spalte („*Beschreibung im Manual des RLI*“) dieser Tabelle muss, mit „*Der Therapeut...*“ ergänzt gelesen werden. Es zeigt sich also, dass im RLI die Aktionen des Arztes betrachtet werden. Die Antworten und das Verhalten der Patienten gehen nur indirekt über die konsekutiven Aktionen des Arztes in das Rating ein und bleiben ansonsten unbeachtet. Inhaltlich decken die einzelnen Items die fünf Dimensionen der Patientenzentrierung ab, die in Meads Metastudie genannt werden (vgl. S. 30).

Tabelle 1: Gruppierung der Items zu Faktoren

Faktor	Item	Kurzbeschreibung	Beschreibung im Manual des RLI
Faktor 1 Problemanalyse, Defizitorientierung			
Faktor 1	Item 2	Problem(Re)Konstruktion	regt den Klienten zur (Re)Konstruktion / Reflexion des Problems an.
Faktor 1	Item 7	Defizitfokussierung	fokussiert auf Defizite / Pathologien.
Faktor 1	Item 18	Problemerleben	regt den Klienten zum unmittelbaren Erleben des Problems an.
Faktor 1	Item 21	Entstehungsgeschichte	lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehungsgeschichte oder Ursachen des Problems.
Faktor 2 Zielaktualisierung			
Faktor 2	Item 9	Zieläußerung	regt den Klienten an, seine Ziele zu äußern.
Faktor 2	Item 14	Zielspezifizierung	hilft dem Klienten, seine Ziele zu spezifizieren.
Faktor 2	Item 15	Unterschiede	fragt nach Unterschieden, die für den Klienten einen Unterschied machen.
Faktor 2	Item 22	Zielerleben	regt den Klienten zum unmittelbaren Erleben des erwünschten Ziels an.
Faktor 3 Konkretisierung von Lösungen			
Faktor 3	Item 8	Zukünftiges	lenkt die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges.
Faktor 3	Item 13	Experte mit Lösungen	bietet als „Experte“ eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen an.
Faktor 3	Item 19	Hilfe etw. anders zu machen	hilft dem Klienten, etwas ander(e)s zu machen.
Faktor 3	Item 20	Operational. in Kompetenzen	hilft dem Klienten, seine Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren.
Faktor 4 Beziehungsgestaltung, Kooperation, Respekt			
Faktor 4	Item 5	Anliegen klären	klärt und respektiert Anliegen, Auftrag und Erwartungen des Klienten.
Faktor 4	Item 10	Rapport	bemüht sich um guten Rapport, Zustimmung und/oder Erlaubnis.
Faktor 4	Item 11	Kompetenter Klient	behandelt den Klienten als kompetenten Experten für sich selbst.
Faktor 4	Item 16	Klientensprache	greift Sprache und Metaphern des Klienten auf oder arbeitet damit.
Faktor 4	Item 23	Lebenssituationsexploration	exploriert die Lebenssituation / den Lebensstil des Klienten.
Faktor 5 Ressourcenentwicklung, Kompetenzentwicklung			
Faktor 5	Item 4	Ressourcen erkennen	hilft dem Klienten, Ressourcen zu erkennen.
Faktor 5	Item 1	Anerkennung	stärkt den Klienten durch Anerkennung.
Faktor 5	Item 3	Ausnahmen	fokussiert auf Ausnahmen.
Faktor 6 Alternatives Denken, Musterunterbrechung, Destabilisierung			
Faktor 6	Item 12	Muster-/ Situationsunterbrechen	unterbricht Muster der Situation oder Kommunikation.
Faktor 6	Item 17	Alternative Bewusstseinszustände	erweitert den Möglichkeitsspielraum des Klienten durch Induktion alternativer Bewusstseinszustände.
Faktor 7 Reframing			
Faktor 7	Item 6	Bezugsrahmenveränderung	verändert den Bezugsrahmen des Problems.

Neben dem Vorkommen einer therapeutischen Intervention wird diese je nach Intensität im dazu gehörigen Item auf einem Intervallskalenniveau bewertet. Je nach Ausprägung wird ein Punktwert zwischen 0 (= gar nicht wahrgenommen), 1 (= kaum), 2 (= mittel-mäßig), 3 (= ziemlich) und 4 (= außerordentlich wahrgenommen) vergeben. Hierbei handelt es sich also um eine fünfstufige Skala mit gleichgroßen Abständen zwischen den einzelnen Stufen.

Während der gesamten Konsultation wird für jede Minute ein Punktwert für jedes der 23 Items des Gespräches vergeben und damit das Gespräch in seinen verschiedenen Interventionsqualitäten beschrieben. Das RLI bildet also jedes videoaufgezeichnete Gespräch in einer Reihe von Ein-Minutensequenzen ab. Das ermöglicht, dass die Interventionsstruktur des Gespräches auf einer Zeitachse dargestellt werden kann.

Eine therapeutische Handlung kann dabei durch verschiedene Items kodiert werden, wenn diese Handlung mehrere (Beratungs-)Qualitäten enthält. Die erfassten Punktwerte können dann mit Hilfe von Grafiken veranschaulicht werden. Dadurch erhält man zum einen eine „quantifizierbare Form“ (Honer mann 1999, S. 7) der jeweiligen Konsultation, zum anderen ergibt sich für jede Konsultation ein bestimmtes „Muster“. Diese Muster können dann beschrieben und miteinander verglichen werden.

Der Weg von der Videoaufnahme bis zum Erhalt eines Musters soll im folgenden Abschnitt an einem Beispiel erläutert werden.

3.2.5 Praktische Umsetzung – Beispiel für eine Kodierung

Die Videoaufzeichnungen werden durch den sog. Rater ausgewertet. Der Rater lässt das zu analysierende Video eine Minute lang abspielen. Nach Anhalten der Aufnahme macht er sich das in der Minute zuvor Gehörte und Betrachtete bewusst und definiert für sich selbst die vorherrschende Eigenschaft der Minute. Dann beginnt der Rater seinen Eindruck durch die auf dem Ratingbogen vorgegebenen Items auszudrücken. Da das Therapeutenverhalten analysiert werden soll, sieht es die Methode vor, dass sich der Rater beim Betrachten der Videoaufnahme v. a. auf den Therapeuten konzentriert. Nur dessen Aktionen sollen in die Kodierung einfließen.

Pro Minute ergibt sich eine Kombination aus verschiedenen Items, die zusammen die Intervention des Therapeuten abbilden. Eine (verbale oder nonverbale) Äußerung des Arztes kann verschiedene Aufgaben erfüllen und deshalb durch verschiedene Items dargestellt werden. Die Bewertung aller Minuten eines Gespräches ergeben dann das Muster der Interventionsstruktur der „gerateten“ Konsultation.

Für die Kodierung einer Gesprächsminute werden ca. zehn Minuten benötigt. Die Kodierung geht somit mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand einher. Die Kodierungen werden dann auf jedes einzelne Gespräch bezogen in eine Excel-Tabelle übertragen, auf die für die grafische Darstellung der Gesprächsmuster zurückgegriffen wird.

Zur Illustration ist im Folgenden eine typische Situation im Anfangsteil einer Routinekonsultation transkribiert. Anhand dieser Minute aus der erstdokumentierten Konsultation (GT I) des Arztes A_12 wird beispielhaft das Kodieren veranschaulicht. Es handelt sich um die zweite Minute des Gespräches zwischen einer Patientin mit Diabetes mellitus und ihrer Hausärztin. Die Minute beginnt, während die Ärztin mit der Patientin über die Laborergebnisse der letzten Blutentnahme spricht (Transkript: A: Ärztin, P: Patientin).

Transkript der zweiten Minute:

A3: Sie waren nüchtern den Morgen?

P3: Nein!

A4: Das war PP. Also nach dem Frühstück, 168.

P4: Hm.

A5: Jetzt kommt es wirklich drauf an, wie der Langzeitzuckerwert ist, ob wir das so lassen können, oder nicht.

P5: Ähm, ich denke nicht, weil ...

A6: Sie denken nicht?

P6: Nein, ich glaube es nicht.

A7: Sie glauben nicht, Sie selber? Warum meinen Sie? Was hat sich verändert?

P7: Weil ich schon wieder merke, wenn ich Hunger habe, dass ich anfangen zu zittern.

A8: Wenn Sie Hunger haben, fangen Sie an zu zittern?

P6: Genau! Das merke ich schon, dass der Zucker an-, dass ich unterzuckert bin.

A9: Sie haben also eher das Gefühl, dass Sie unterzuckert sind?

P9: Wenn ich Hunger habe.

A10: Hm.

P10: Und das hatte ich ja vorher auch immer, wenn ich jetzt, sagen wir mal, morgens um acht gefrühstückt habe /Hm./ und bin dann mit meinem Mann samstags Einkaufen gefahren und hier und da hin, da habe ich gesagt, so bei eins: Ich muss jetzt was essen, ich fange an zu zittern! Da wusste ich aber noch nicht, dass ...

A11: Da wussten Sie noch gar nicht, dass Sie Zucker haben?

P11: Nee, nee. Und dann hatte ich das ´ne Zeit lang gar nicht mehr.

A12: Als Sie die Tabletten genommen haben?

P12: Als ich die Tabletten genommen habe.

A13: Als wir das eingestellt haben?

P13: Ja, ja.

A14: Dann waren Sie ja soweit runter, dass wir die Tabletten abgesetzt haben, das Metformin, weil Sie Unterzuckerungen hatten.

(Ende der zweiten Minute.)

Ablauf des Ratings:

Im ersten Schritt bewertet der Rater die einminütige Sequenz, indem er diese (hilfsweise) paraphrasiert und den Inhalt, bezogen auf die dargestellte Aktion der Ärztin, zusammenfasst. In der Beispielminute steht die Anamnese in Bezug auf den Blutzuckerwert der Patientin im Vordergrund. Detaillierter betrachtet, eruiert die Ärztin das Zustandekommen des Laborwertes und im Verlauf des Gespräches die Meinung der Patientin über ihren aktuellen Gesundheitszustand in Bezug auf ihre Diabetes mellitus-Erkrankung. Die Ärztin nimmt während der ganzen Minute eine die Patientin unterstützende Rolle ein.

Im zweiten Schritt folgt die Bearbeitung der Items, um den Inhalt der Minute möglichst vollständig abzubilden. Im gleichen Schritt werden die Items, die in der Minute keine Rolle zu spielen scheinen, aktiv ausgeschlossen. Daraufhin schließt sich im dritten Schritt die Vergabe eines Punktwertes für die kodierten Items an. Das erfolgt nach dem Ausmaß, mit dem das vorkommende Item im Gespräch – nach Einschätzung des Raters – gesehen wurde. Diese Punktwerte werden nun auf dem Minutenbogen (s. S. 29) eingetragen. Eine Schablone (s. S. 28) erleichtert das korrekte Eintragen.

Die Entscheidung für die Kodierung bzw. für den Ausschluss eines nicht näher in Betracht kommenden Items und die Erklärung für den letztlichen Punktwert wird im Folgenden gemeinsam erörtert. Beim Kodieren selbst handelt es sich jedoch um zwei getrennte Vorgänge. So werden erst die Items notiert und dann wird im Anschluss der Punktwert vergeben. Dies geschieht im gesamten Kontext des betrachteten Gespräches, genauso wie sich auch die einzelnen Aktionen häufig nur im Kontext der gesamten Konsultation erklären lassen (Honer mann 1999). Eine Minute wird also nicht außerhalb des Kontextes bewertet und die Kodierung stellt einen ersten Schritt der Interpretation dar.

Erläuterung der Kodierung:

In dem dargestellten Beispiel fällt zunächst auf, dass die Interaktion in dieser Minute durch die Ärztin strukturiert wird. Sie stellt die Fragen, gibt der Patientin, während sie spricht, durch Kopfnicken und der Äußerung eines „hm“ eine Aufforderung weiterzusprechen und hilft dieser sofort aus, wenn diese nicht die richtigen Worte parat hat. Diese Interventionen führen zu einer Vergabe eines Punktwertes von „3“ (ziemlich) für das **Item 13**. Das Item steht u. a. für die Situation, wenn der Arzt das Gespräch steuert oder wenn er als „Experte“ eigene Erklärungen, Deutungen oder Lösungen anbietet. Des Weiteren wird in dieser Minute deutlich, dass es der Ärztin um die Einstellung der Blutzuckerwerte einer Patientin

mit Diabetes mellitus geht. Alle Äußerungen der Ärztin sind in dieser Minute auf den Blutzucker fokussiert. Da ihre „diagnostischen Bemühungen“ (Honeremann 1999, S. 28) (vgl. u. a. A 3, A 5, A 7) in dieser Minute zahlreich sind, wird auch das Item 7 mit einem Punktwert von „3“ (ziemlich) kodiert. **Item 7** wird vergeben, wenn festgestellt wird, dass der Arzt Defizite oder Pathologien des Patienten eruiert.

Auch wenn die Ärztin an den aktuellen Blutzuckerwerten interessiert ist (vgl. A 3, A 5), geht sie gleichwohl auf die eigenen Wahrnehmungen der Patientin in Bezug auf die ersten Symptome vor der Erkrankungsdiagnose ein, als die Patientin über den für die Ärztin neuen Aspekt des Zitterns spricht (vgl. A 9, A 11). Da dieser Vergangenheitsaspekt dann nicht weiterverfolgt wird, wird für diese Interaktion das Item 21 kodiert und mit einem Punktwert von „2“ (mittelmäßig) bewertet. **Item 21** wird kodiert, wenn festgestellt wird, dass die Handlungen des Arztes die Aufmerksamkeit im Gespräch auf die Entstehungsgeschichte oder Ursachen des Anliegens des Patienten lenken.

Als übergeordnete Vorgehensweise während dieser Minute, in der auch ein interessiertes, der Patientin zugewandtes Verhalten festgestellt werden kann, wird das Item 10 kodiert und mit einem Punktwert von „3“ (ziemlich) bewertet. **Item 10** zeigt an, dass der Rater feststellt, dass der Arzt an einem guten Rapport bzw. an der Zustimmung des Patienten interessiert ist. Die Zugewandtheit der Ärztin hat auch einen weiteren Aspekt, so wird im Hinblick darauf, dass die Ärztin die Erwartungen der Patientin in Bezug auf die medikamentöse Therapie (vgl. A 6) klärt, das Item 5 geratet und mit einem Punktwert von „1“ (kaum) bewertet. **Item 5** wird bei Feststellung der Klärung des Anliegens des Patienten kodiert. Diese Klärung, wie auch die anderen Äußerungen, reflektieren die konstruktive Weise mit der die Ärztin die Patientin zum weiteren Nachdenken und Rekonstruieren ihrer Verfassung bringt. Dieses Verhalten wird mit einem Punktwert von „2“ (mittelmäßig) bewertet und mit dem Item 2 kodiert. **Item 2** zeigt an, dass festgestellt wird, dass der Arzt den Patienten zur Reflexion seines Problems anregt. Dieses Item wäre, wenn die Ärztin bspw. neue Aspekte erkundet hätte und damit eine höhere Fertigkeit in ihrer Handlung gezeigt hätte, höher zu bewerten.

Die Äußerung in A6 „Sie denken nicht?“ könnte, wäre sie aus dem Kontext genommen, primär durch Item 2 „regt den Klienten zur Reflexion an“ und Item 10 „bemüht sich um Zustimmung“ kodiert werden. Im Zusammenhang der ganzen Minute entsteht jedoch der Eindruck, dass der Ärztin wirklich an der Erklärung der Patientin gelegen ist. So erkundet sie auch in ihrer nächsten Äußerung (A 7: „Sie glauben nicht, Sie selber? Warum meinen Sie?“) explizit den eigenen Erklärungsansatz der Patientin. Da die Ärztin ihrer Patientin

den Raum für Äußerungen ihres Krankheitsverständnisses gibt und sie damit zu einem Experten für ihre Gesundheit macht, wird das Item 11 in dieser Minute zusätzlich kodiert und die Intervention nicht nur mit Item 10 und Item 2 abgedeckt. **Item 11** wird geratet, wenn festgestellt wird, dass der Arzt seinen Patienten als kompetenten Experten für sich selbst behandelt.

Ein weiteres Item, das auf den ersten Blick noch in Frage kommt, ist **Item 16** „Therapeut greift die Sprache und Metaphern des Klienten auf oder arbeitet damit.“ Die Ärztin benutzt sowohl in A 6 als auch in A 7 die Verben der Patientin. Allerdings wiederholt die Ärztin sie nur, und es kommt beim Auswertenden als ein Signal der Ärztin für ihr gutes Zuhören an. Da die bloße Wiederholung von Gesagtem nicht mit Item 16 geratet wird, findet es sich nicht in dieser Minute wieder. An dieser Stelle zeigt sich deutlich, dass die Methode dem ganzen Gespräch, wenn auch in Intervallen von einer Minute, gerecht wird. Denn die Äußerung wird nicht losgelöst vom Kontext betrachtet. Gleichzeitig unterstreicht diese Äußerung jedoch nochmal die zugewandte Haltung der Ärztin und erklärt, dass das Item 10, das den Rapport, das Zuhören wertet, mit einem hohen Punktwert von „3“ (ziemlich) bewertet und kodiert wird.

Es ergibt sich für die beschriebene Minute folgendes Rating (das gesamte Gespräch s. Anhang S. 131), das nach Faktoren aufgliedert dargestellt ist:

Faktor 1	Problemanalyse und Defizitorientierung	
	Item 2	↗(2)
	Item 7	↗(3)
	Item 21	↗(2)
Faktor 3	Konkretisierung von Lösungen	
	Item 13	↗(3)
Faktor 4	Beziehungsgestaltung /Kooperation /Respekt	
	Item 5	↗(1)
	Item 10	↗(3)
	Item 11	↗(2)

Abbildung 1: Ratingergebnis der Minute 2 aus Konsultation A_12, GT I

Vor Übertragung der gerateten Items von der Schablone in die Excel-Tabelle empfiehlt es sich, die vollständige Erfassung der Videoaufzeichnung zu überprüfen, indem die gerateten Minuten mit der Minutenanzahl der Videoaufnahme verglichen werden. Da sich der Rater

sowohl auf das Verstehen der Aufnahme, das Erfassen von Gestik und Mimik sowie das zeitgerechte Anhalten der Aufnahme konzentriert, ist die beschriebene Gegenprobe zum Ausfindigmachen ggf. verpasster Minuten sinnvoll. Gerade in schwierig zu verstehenden Passagen können zwei Minuten für eine gehalten werden. Das Auftreten einer weiteren, beim Trainieren aufgetretenen Fehlerquelle wird durch die Konzeption eines inhaltlich gleich lautenden Minutenbogens minimiert. Dieser hat gegenüber dem Originalbogen den Vorteil, dass er die Dimension eines querformatierten Din A4-Blatts aufweist und dass einige Linien dicker gezeichnet sind und somit das Risiko des „Verrutschens“ in der Zeile während der Übertragung des kodierten Abschnitts minimiert wird.

	Der Therapeut	Item/Minute
Item 1	stärkt den Klienten durch Anerkennung.	Item 1
Item 2	regt den Klienten zur (Re)Konstruktion / Reflexion des Problems an.	Item 2
Item 3	fokussiert auf Ausnahmen.	Item 3
Item 4	hilft dem Klienten, Ressourcen zu erkennen.	Item 4
Item 5	klärt und respektiert Anliegen, Auftrag und Erwartungen des Klienten.	Item 5
Item 6	verändert den Bezugsrahmen des Problems.	Item 6
Item 7	fokussiert auf Defizite / Pathologien.	Item 7
Item 8	lenkt die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges.	Item 8
Item 9	regt den Klienten an, seine Ziele zu äußern.	Item 9
Item 10	bemüht sich um guten Raport, Zustimmung und/oder Erlaubnis.	Item 10
Item 11	behandelt den Klienten als kompetenten Experten für sich selbst.	Item 11
Item 12	unterbricht Muster der Situation oder Kommunikation.	Item 12
Item 13	bietet als "Experte" eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen an.	Item 13
Item 14	hilft dem Klienten, seine Ziele zu spezifizieren.	Item 14
Item 15	fragt nach Unterschieden, die für den Klienten einen Unterschied machen.	Item 15
Item 16	greift die Sprache und Metaphern des Klienten auf oder arbeitet damit.	Item 16
Item 17	erweitert Möglichkeitsspielraum des Klienten durch Induktion alternativer Bewußtseinszustände.	Item 17
Item 18	regt den Klienten zum unmittelbaren Erleben des Problems an.	Item 18
Item 19	hilft dem Klienten, etwas ander(e)s zu machen.	Item 19
Item 20	hilft dem Klienten, seine Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren.	Item 20
Item 21	lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehungsgeschichte oder Ursachen des Problems.	Item 21
Item 22	regt den Klienten zum unmittelbaren Erleben des erwünschten Ziels an.	Item 22
Item 23	exploriert die Lebenssituation / den Lebensstil des Klienten.	Item 23

Abbildung 2: Item-Schablone zur Videoauswertung

Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32				
Item																																				
Item 1																																				
Item 2																																				
Item 3																																				
Item 4																																				
Item 5																																				
Item 6																																				
Item 7																																				
Item 8																																				
Item 9																																				
Item 10																																				
Item 11																																				
Item 12																																				
Item 13																																				
Item 14																																				
Item 15																																				
Item 16																																				
Item 17																																				
Item 18																																				
Item 19																																				
Item 20																																				
Item 21																																				
Item 22																																				
Item 23																																				

Abbildung 3: Minutenbogen zur Videoauswertung

Die Rohdaten des manuell ausgefüllten Minutenbogens werden anschließend in eine Excel-Tabelle eingegeben. Unter Zuhilfenahme des Excel-Programms können dann aus den gerateten Videoaufzeichnungen die bereits erwähnten Thermografiken zur Veranschaulichung der Gespräche erstellt werden.

In diesen Grafiken ist der Zeitverlauf in Minuten auf der x-Achse aufgetragen. Auf der y-Achse befinden sich die Items, die bereits ihrem jeweiligen Faktor zugeordnet sind. Die Punktwerte der Items fließen in die Berechnung der Faktoren ein und ergeben so das Abbild des Faktors. Die Farbe Grün steht für „gar nicht wahrgenommen“, Gelb für „kaum“, Orange für „mittelmäßig“, Rot für „ziemlich“ und Violett für „außerordentlich“ wahrgenommen. Für die gesamte Konsultation ergibt sich eine Grafik, die – angelehnt an ihr Erscheinungsbild – als Thermografik bezeichnet wird.

Z. B. ergibt sich für die gesamte Konsultation, aus der die obige Minute stammt, nach dem Rating aller Minuten schließlich folgende Thermografik:

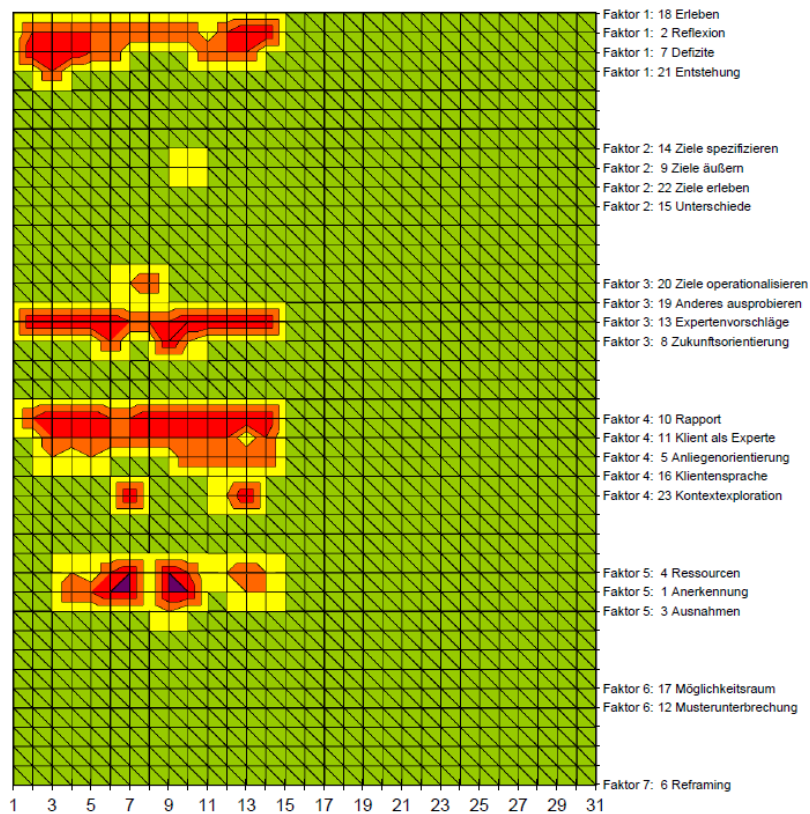


Abbildung 4:Thermografie der Konsultation A_12, GT I

Aus der obenstehenden Thermografie lässt sich dann bspw. erkennen, dass in der Konsultation in Minute 2 einige Faktoren nicht enthält sind, also durch den Rater nicht festgestellt und nicht kodiert wurden. So weist die Minute in der Thermografie weder Kodierungen der Zielaktualisierung (Faktor 2), der Ressourcenentwicklung / Kompetenzentwicklung (Faktor 5), des Alternativen Denkens / Musterunterbrechung / Destabilisierung (Faktor 6) noch des Reframings (Faktor 7) auf.

3.2.6 Dimensionen der Patientenzentrierung im RLI

Das RLI besteht – wie geschildert – aus 23 Items, die auf sieben Faktoren zu unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten laden. Diese 23 Items können den fünf von Mead identifizierten Dimensionen der Patientenzentrierung (Mead 2002) inhaltlich zugeordnet werden. Die auszuwertenden Gespräche können demnach mit Hilfe des RLI im Hinblick auf ein patientenzentriertes Vorgehen miteinander verglichen werden. Im Folgenden wird die Zuordnung der Items des RLI zu den Dimensionen von Mead beschrieben.

3.2.6.1 Die biopsychosoziale Perspektive

Diese Dimension der Patientenzentrierung berücksichtigt eine Sichtweise auf die Krankheit des Patienten, die neben den biologischen und medizinischen Faktoren einer Krankheit auch die sozialen und psychologischen Einflüsse mit einschließt. Eine solche Sichtweise kann angenommen werden, wenn der Arzt die Lebenssituation oder den Lebensstil des Patienten thematisiert (Item 23: Faktor 4: Beziehungsgestaltung) oder wenn der Arzt dem Patienten hilft, Ressourcen zu erkennen (Item 4, Faktor 5: Ressourcenentwicklung). Beide Interaktionen ermöglichen dem Arzt eine mehrdimensionale Perspektive auf den Patienten und dessen Erkrankung.

Aber auch die folgenden Items des Faktors 1, mit dem die Problemanalyse abgebildet wird, können unter Umständen die Gewinnung einer *biopsychosoziale Perspektive* darstellen: Anregungen des Patienten zur Konstruktion oder Reflexion seines Problems (Item 2), Fragen des Arztes zu Pathologien bzw. zu Defiziten des Patienten (Item 7), Hilfestellungen des Arztes, mit denen der Patienten sein Problem unmittelbar erlebt und auf diese Weise zur Reflexion aller Facetten seines Problems angeregt wird (Item 18) oder auch dass der Arzt die Aufmerksamkeit im Gespräch auf die Entstehungsgeschichte bzw. die Ursachen des Problems lenkt (Item 21). Auch wenn der Arzt den Bezugsrahmen des Problems verändert und damit ggf. dem Patienten selbst weitere Perspektiven auf seine Krankheit ermöglicht (Item 6, Faktor 7: Reframing), kann diese Maßnahme für den Arzt hilfreich sein, um eine veränderte Perspektive auf die Krankheit und den Patienten selbst zu erhalten.

3.2.6.2 Der Patient als Person

Das Verständnis des Arztes für die individuelle Bedeutung der Krankheit bzw. des Krankseins für den jeweiligen Menschen wird im RLI durch das Rating der Items verschiedener Faktoren indiziert:

Beispielsweise wenn das unmittelbare Erleben eines Problems durch den Arzt begünstigt wird (Item 18, Faktor 1: Problemanalyse), wenn das unmittelbare Erleben des erwünschten Ziels thematisiert wird (Item 22, Faktor 2: Zielaktualisierung) oder auch wenn sich der Arzt nach der Entstehungsgeschichte erkundigt (Item 21, Faktor 1: Problemanalyse). Ebenso der Versuch des Arztes ein tieferes Verständnis für das Gesundheits- und Krankheitskonzept seines Patienten zu erhalten (Item 11: Faktor 4: Beziehungsgestaltung) und Erkundungen des Arztes zum lebensweltlichen Kontext des Patienten (Item 23), helfen dem Arzt ein profundes Verständnis für seinen Patienten zu bekommen. Durch eine Kodierung des Items 16, wird aufgezeigt, dass der Arzt die spezifische Sprache oder die individuellen Metaphern des Patienten aufgreift oder damit arbeitet. Durch diese Interaktion des Arztes

kann deutlich werden, dass der Arzt sein Gegenüber nicht nur als Patient, sondern auch als Individuum begreift. Diese Haltung des Arztes fließt ebenfalls in die Dimension *Der Arzt als Person* der Patientenzentrierung ein. Genauso könnten Aussagen, mit welchen der Arzt den Patienten durch Anerkennung stärkt und damit individuell akkreditiert (Item 1, Faktor 5: Ressourcenentwicklung), deutlich werden lassen, dass der Arzt ganz individuell für den bestimmten Patienten vorgeht.

3.2.6.3 Förderung selbstverantwortlichen Handelns

Die Fähigkeit des Arztes, das Informationsbedürfnis des Patienten zu erkennen und den individuellen Patienten mittels einer gemeinsamen Entscheidungsfindung adäquat in die Therapieentscheidung einzubinden, ist eine weitere durch den Rater mittels RLI erfassbare Dimension der Patientenzentrierung. Diese wird insbesondere mit den Items des Faktors 2, der Zielaktualisierung, abgebildet: Wenn der Rater erkennt, dass der Arzt seinen Patienten zur Reflexion seines Problems anregt (Item 2) oder ihn ermuntert seine Ziele zu äußern (Item 9), bzw. ihm hilft, das Ziel zu spezifizieren (Item 14). Weiterhin zählen Interaktionen dazu, in denen der Arzt den Patienten in seiner Autonomie unterstützt. Dies könnte geschehen, indem der Arzt erfragt, was für den Patienten einen Unterschied ausmacht (Item 15) oder auch indem er den Patienten zum unmittelbaren Erleben des erwünschten Ziels anregt (Item 22) und so seinen Patienten besser versteht. Auch dass der Arzt die Anliegen seines Patienten erfragt (Item 5, Faktor 4: Beziehungsgestaltung) und sich dieser dadurch selbst seiner Anliegen besser bewusst wird, kann der Dimension der Patientenzentrierung, nämlich der *Förderung selbstverantwortlichen Handelns*, zugeordnet werden. Eigene Erklärungen, Deutungen und Lösungen zu den Problemen des Patienten kann der Arzt als „Experte“ anbieten (Item 13, Faktor 3: Konkretisierung von Lösungen), damit eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Dabei müssen zur sinnvollen Interpretation des Items 13 auch die Ratings der übrigen Items dieser Minute bzw. der Minuten um diese Minute herum mit in die Bewertung einbezogen werden. Denn ebenso denkbar ist, dass die reine Steuerung des Gespräches bzw. der Mitteilung von Ratschlägen zur Bevormundung des Patienten führt. In diesem Fall würde ein Rückgang des Items 13 für eine stärkere Patientenzentrierung sprechen. Das Item 20 (Faktor 3: Konkretisierung von Lösungen) bildet ab, dass der Arzt dem Patienten hilft, seine Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren. Ebenfalls hilfreich zur gemeinsamen Entscheidungsfindung kann es sein, wenn der Arzt dem Patienten eine alternative Möglichkeit aufzeigt (Item 19, Faktor 3: Konkretisierung von Lösungen). Weitere Optionen sind, dass der Arzt den Möglichkeitsspielraum des Patienten durch Induktion alternativer Bewusstseinszustände erwei-

tert (Item 17, Faktor 6: „Alternatives Denken“) oder dass der Arzt die Muster der Situation oder aktuellen Kommunikation unterbricht (Item 12, Faktor 6: „Alternatives Denken“). Eine mögliche Bedeutung dieser Interaktionen kann darin gesehen werden, dass die Rückmeldungen des Patienten auf das ärztliche Handeln dem Arzt in der Folge helfen, sich auf den Patienten einzulassen und er so die Selbstbestimmung des Patienten stärkt. Gleichwohl dürfen insbesondere auch die Ratings der Items dieser letztgenannten Beratungsqualität nicht isoliert betrachtet werden, sondern müssen v. a. im Zusammenhang mit den übrigen Kodierungen einer Minute beurteilt werden. So wären Äußerungen des Arztes, dass er den Patient als kompetent einstuft (Item 11, Faktor 4: Beziehungsgestaltung), anerkennende Worte (Item 1, Faktor 5: Ressourcenentwicklung) sowie Fragen nach Ressourcen des Patienten (Item 4, Faktor 5: Ressourcenentwicklung) oder nach Ausnahmen für den Patienten (Item 3, Faktor 5: Ressourcenentwicklung) Möglichkeiten zur Förderung eines selbstverantwortlichen Handelns des Patienten.

3.2.6.4 Das therapeutische Bündnis

Die Entwicklung gemeinsamer Therapieziele und die Festigung der Arzt-Patienten-Beziehung werden im RLI dann darstellbar, wenn Handlungen in der Interventionsstruktur des Arztes festgestellt werden, die durch den Faktor 4, der Beziehungsgestaltung, geratet werden: Wenn bspw. festgestellt wird, dass der Arzt Anliegen des Patienten klärt (Item 5), ihn als kompetenten Experten für sich selbst behandelt (Item 11) oder wenn der Arzt um einen guten Rapport, die Zustimmung bzw. die Erlaubnis des Patienten bemüht ist (Item 10) oder den Patienten selbst anerkennt (Item 1, Faktor 4: Ressourcenentwicklung). Diese Bemühungen um eine gefestigte Arzt-Patienten-Beziehung sind neben der Entwicklung gemeinsamer Therapieziele, die mit den Items des Faktors 3 (Konkretisieren von Lösungen) abgebildet werden können, wichtige Aspekte zum Erreichen eines tragfähigen *therapeutischen Bündnisses*. Der Faktor 3 beinhaltet folgende Handlungen: Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten in die Zukunft (Item 8). Er tritt als „Experte“ auf und bietet eigene Erklärungen, Deutungen oder Lösungen an und steuert so das Gespräch (Item 13). Auch dass der Arzt dem Patienten hilft, etwas anders als gewohnt zu machen (Item 19) oder dass er dem Patienten hilft, seine Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren (Item 20), sind Handlungen, die den Versuch des Arztes eine beidseitig akzeptierte Therapie herauszuarbeiten darstellen und mit dem RLI anschaulich werden. Dabei wird diese Dimension der Patientenzentrierung auch erkennbar, wenn der Arzt, auf Pathologien des Patienten fokussiert (Item 7, Faktor 1: Problemanalyse) oder zum unmittelbaren Erleben des Problems anregt (Item 18, Faktor 1: Problemanalyse). Zudem sind Handlungen

gen des Arztes, wie das Befragen des Patienten zu seinen Zielen (Item 9) oder wenn der Arzt dem Patienten dabei hilft seine Ziele zu spezifizieren (Item 14), hilfreich für die Entwicklung gemeinsam getragener Therapieziele.

3.2.6.5 Der Arzt als Person

Die letzte von Mead ermittelte Dimension der Patientenzentrierung, nämlich die Beeinflussung der therapeutischen Handlungen jedes Arztes durch dessen individuelle Eigenschaften, Intuitionen und subjektive Wahrnehmung, ist vergleichsweise schwierig direkt im RLI abzubilden. Einerseits zeigt eine Kodierung des Items 1, dass der Rater erkannt hat, dass der Arzt den Patienten durch Anerkennung zu stärken versucht. Der Arzt scheint also selbst an der Ressourcenentwicklung, die im RLI mit dem Faktor 5 abgebildet wird, interessiert zu sein. Eine möglicherweise erlernte Herangehensweise, die somit in seiner individuellen Gesprächsstruktur aufzufinden ist. Genauso verhält es sich, wenn der Arzt die Sprache oder die Metaphern des Patienten aufnimmt und damit arbeitet (Item 16). Es wird deutlich, dass sich der jeweilige Arzt, um eine gute Kooperation (Faktor 4) mit dem Patienten bemüht. Weiterhin wäre auch ein Rückgang der Gesprächssteuerung durch den Arzt (Item 13), insbesondere seiner ärztlichen Deutungen im Gespräch, ein Hinweis auf eine kleine, aber bedeutsame Veränderung der Persönlichkeit des Arztes im Sinne Balints.

Man kann also durch die individuellen Interaktionen des Arztes, die durch den Rater wahrgenommen und bewertet werden und schließlich in den Kodierungen der Thermografiken aufzufinden sind, in gewisser Weise auch auf die jeweiligen individuellen Interaktionsstil des Arztes rückschließen. Da sich das RLI nur auf die Äußerungen des Arztes bezieht, wird durch den Rater nur die jeweils spezifische Herangehensweise des Arztes erfasst.

Ein weiterer Hinweis darauf, dass sich der *Arzt als Person* darauf einlässt, ist darin zu erkennen, dass er sich selbst zurücknimmt und fähig ist, eine neue Gesprächsleitlinie umzusetzen. Das wäre mittels einer weiteren Auswertung der Videoaufzeichnungen zu erfassen. Unter der Annahme, dass der Patient in einem Bilanzierungsdialog stärker im Mittelpunkt steht und dadurch einen größeren Gesprächsanteil erhält, müsste sich der Gesprächsanteil des Arztes im Gesprächstyp II verringern. Auf diese Weise können zu den Auswertungen des RLI weitere Informationen generiert werden (vgl. 3.3.4.2).

Tabelle 2: Patientenzentrierung im RLI

Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen		Fünf Dimensionen der Patientenzentrierung (Mead 2002)				
		Die biopsychosoziale Perspektive	Der Patient als Person	Förderung selbstverant- wortlichen Handelns	Das therapeu- tische Bündnis	Der Arzt als Person
23 Items sortiert nach Faktoren						
Faktor 1	Problemanalyse, Defizitorientierung					
Item 2	Problem(re)- konstruktion	x		x		(x)
Item 7	Defizitfokussierung	x			x	(x)
Item 18	Problemerleben	x	x		x	(x)
Item 21	Entstehungsgeschichte	x	x			(x)
Faktor 2	Zielaktualisierung					
Item 9	Zieläußerung			x	x	(x)
Item 14	Zielspezifizierung			x	x	(x)
Item 15	Unterschiede			x		(x)
Item 22	Zielerleben		x	x		(x)
Faktor 3	Konkretisierung von Lösungen					
Item 8	Zukünftiges				x	(x)
Item 13	Experte mit Lösungen			x	x	(x)
Item 19	Hilfe etw. anders zu machen				x	(x)
Item 20	Operational. in Kompetenzen			x	x	(x)
Faktor 4	Beziehungsgestaltung, Kooperation					
Item 5	Anliegen klären			x	x	(x)
Item 10	Rapport				x	(x)
Item 11	Kompetenter Klient		x	x	x	(x)
Item 16	Klientensprache		x			(x)
Item 23	Lebenssituations- exploration	x	x			(x)
Faktor 5	Ressourcenentwicklung, Kompetenzentwicklung					
Item 1	Anerkennung		x	x	x	(x)
Item 3	Ausnahmen			x		(x)
Item 4	Ressourcen erkennen	x		x		(x)
Faktor 6	Alternatives Denken, Musterunterbrechung					
Item 12	Muster-/ Situations- unterbrechung			x		(x)
Item 17	Alternative Bewusst- seinszustände			x		(x)
Faktor 7	Reframing					
Item 6	Veränderung des Bezugsrahmens	x				(x)

Die Tabelle 2 zeigt, dass die Methode des RLI die fünf Kategorien des abstrakten Modells der Patientenzentrierung aus der Metastudie von Mead wie beschrieben abbilden kann. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Dimension *Der Arzt als Person* in jedes Item indirekt einfließt, da im RLI ausschließlich die Handlungen des Arztes kodiert und erfasst werden.

3.3 Datenanalyse

Die zu vergleichenden Gespräche werden mittels RLI in numerischen Datensätzen erfasst. Die Kodierungen der videoaufgezeichneten Konsultationen werden paarweise durchgeführt, d. h. zunächst werden jeweils die herkömmliche Konsultation und dann das dazugehörige Folgegespräch betrachtet und bewertet. Eine in Bezug auf den Gesprächstyp verblindete Auswertung der Videoaufzeichnungen wird nach einer eingehenden Diskussion als nicht umsetzbar betrachtet. Insbesondere da die Ärzte zu Beginn des Gespräches den Patienten den „neuen“ Gesprächstyp bzw. den Sinn ihres Gespräches außerhalb der Routine erläuterten, ist aus den Inhalten der Gespräche der Zeitpunkt der Aufnahme deutlich herauszuhören.

3.3.1 Qualitative Fragestellungen

Der qualitative Teil der Arbeit ist ergebnisoffen geplant. Ziel ist es, durch die Analyse der Daten mit Hilfe des RLI Hinweise darauf zu finden, wie sich die Arzt-Patienten-Gespräche im hausärztlichen Setting durch den zum ersten Mal erprobten Bilanzierungsdialog verändern. Da das RLI bislang nicht zur Erforschung hausärztlicher Gespräche angewandt wurde, handelt es sich hier um eine neue Möglichkeit zur Auswertung und Gegenüberstellung hausärztlicher Gespräche. Durch das RLI entstehen für alle Gespräche Thermografiken (vgl. *Praktische Umsetzung – Beispiel für eine Kodierung*). Die Muster sind interpretierbar und können als Organisatoren für eine Suche nach Veränderungspunkten dienen. Dafür werden die Kodierungen und deren Kombinationen in den jeweiligen Gesprächen nicht lediglich als Zahlen, sondern als interpretierbare Daten betrachtet. Forschungsleitende Annahme ist, dass die Arzt-Patienten-Gespräche durch die Strukturierung als Bilanzierungsdialog patientenzentrierter würden. Mit dieser Strukturierung sollte den von den Beteiligten des Projekts „Gesundheitsfördernde Praxen“ selbst wahrgenommenen Defiziten bzgl. der Patientenzentrierung von Ärzten entgegengewirkt werden. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch herkömmliche Gespräche ein gewisses Maß an Patientenzentrierung aufweisen. Welche Aspekte der Patientenzentrierung und v. a. wie diese in den mittels RLI erhobenen Daten zum Tragen kommen, soll über die vergleichende Datenanalyse geklärt werden. Dazu werden charakteristische Merkmale der beiden Gesprächstypen mittels der erhobenen Faktoren gesucht. Die Faktoren und insbesondere die Items erfassen die Dimensionen der Patientenzentrierung. Dementsprechend ist bzgl. der Folgegespräche mit dem Gesprächstyp II zu erwarten, dass sich die im Bilanzierungsdialog besonders akzentuierten Eigenschaften verstärkt auffinden lassen müssten. Diese Eigenschaften des Bilanzierungs-

dialogs werden im RLI als Zielaktualisierung und die Ressourcenentwicklung bezeichnet. Dabei liegt die Vermutung nahe, dass die Items, die die Patientenzentrierung abbilden können, im Gesprächstyp II gehäuft festgestellt werden oder dass die Fertigkeit, mit der die Handlungen der jeweiligen Items bewertet werden, stärker ausgeprägt sein wird. Mit Blick auf die Handlungen des Arztes, die sich auf die Defizite des Patienten (Item 7) fokussieren, wurde ein Rückgang im Vergleich zum Vorkommen im Gesprächstyp I erwartet, da diese dem salutogenetischen Ansatz des Bilanzierungsdialogs entgegenstehen. Damit lagen durch das RLI, anders als in einer klassischen qualitativen Analyse, bei der die Kategorien durch das Material erzeugt werden, die Kategorien bereits vor. So sollen in dieser Arbeit die Kodierungen der jeweiligen Gespräche als Grundlage für die Suche charakteristischer und interpretierbarer Muster dienen. Weiterhin wird die Möglichkeit betrachtet, dass Arzt-Patienten-Gespräche derart individuell verlaufen, dass eine große Bandbreite an Veränderungen zwischen den jeweiligen Gesprächen eines Gesprächstyps vorherrscht. Diese könnte das Auffinden klarer Unterscheidungsmuster zwischen den beiden Gesprächstypen verhindern. Die offene Herangehensweise bei der Auswertung der Daten schließlich soll im Sinne eines explorativen Vorgehens ermöglichen, weitere auswertungsrelevante Aspekte im Prozess zu identifizieren und zu berücksichtigen, wobei der Reiz am Arbeiten mit dem Instrument des RLI der Erhalt einer vom Inhalt der Gespräche abstrahierten und damit besser vergleichbaren und mutmaßlich dennoch interpretierbaren Form der Gespräche ist.

3.3.2 Vorgehen bei der qualitativen Analyse der Daten

Für den qualitativen Teil der Arbeit werden die durch das RLI erhaltenen Matrizen der kodierten Videoaufzeichnungen ausgewertet. Hierfür werden sowohl die Thermografiken als auch deren Grundlagentabellen eingehend verglichen und mit dem Ziel analysiert, charakteristische Merkmale der beiden Gesprächstypen zu identifizieren, um einen Schluss auf die Veränderung der Patientenzentrierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II ziehen zu können.

Zunächst wird die Interventionsstruktur eines ausgewählten Arztes verglichen, um durch diese Einzelfalldarstellung eine Idee für die Veränderungsmöglichkeiten zwischen den beiden Gesprächstypen zu erhalten und mögliche charakteristische und unterscheidbare Muster des Arztes zu identifizieren. Dazu wird ein Arzt ausgewählt, dessen Thermografiken sichtbare Unterschiede in der Interventionsstruktur beider Gesprächstypen aufweist. Um Veränderungen spezifischer beschreiben zu können, werden die beiden Thermografiken und die dazugehörigen Excel-Tabellen des ausgewählten Arztes systematisch verglichen. Da weder Mittelwerte noch Standardabweichungen bei einem einzelnen Arzt

(N : Anzahl = 1) berechnet werden können, erfolgt an dieser Stelle keine quantitative Überprüfung der Daten dieses Arztes. Allerdings lassen sich nach der eingehenden Auseinandersetzung mit den Thermografiken des ausgewählten Arztes folgende Fragen zur Charakterisierung der beiden Gesprächstypen an alle Gespräche stellen:

- Welche Faktoren treten in den hausärztlichen Gesprächen überhaupt auf?
Treten die Faktoren bei allen Ärzten auf? Aus welchen Items bestehen die Faktoren im jeweiligen Gespräch? Lassen sich bestimmte Items, oder eventuell Faktoren, an einer bestimmten Stelle im Gespräch auffinden? Beispielsweise könnte sich das Item 5, das kodiert wird, wenn der Rater feststellt, dass der Arzt Anliegen, Auftrag und Erwartungen des Patienten klärt, mutmaßlich am Anfang der Gespräche auffinden lassen.
- Gibt es wiederkehrende Muster in den Gesprächen zu erkennen? Beispielsweise die gleichzeitige Kodierung bestimmter Items an bestimmten Stellen eines Gespräches?
- Welche Items bilden die Faktoren im Gesprächstyp I und Gesprächstyp II? Welche Veränderungen gibt es? Mit welcher Intensität wurden die Handlungen der Ärzte im Gesprächstyp I geratet und gibt es im Gesprächstyp II Veränderungen im Vergleich dazu?

Zur Klärung dieser Fragen werden alle Faktoren und deren Items der Reihe nach in allen Gesprächen des Gesprächstyps I betrachtet und untereinander verglichen und dann in der Folge den Faktoren und Items des Gesprächstyps II gegenübergestellt.

Dies wird mittels einer vergleichenden Betrachtung der Thermografiken durchgeführt, sämtliche Veränderungen werden dokumentiert, um die möglichen Veränderungen in Bezug auf die Patientenzentrierung bei den einzelnen Ärzten zu erfassen. Für den Ergebnisteil erfolgt dann zu Übersichtlichkeit eine weitere Überarbeitung der erhaltenen Ergebnisse. Durch die Überarbeitung wird die systematische Beschreibung der einzelnen Faktoren massiv gekürzt, um das Wesentliche darzustellen.

3.3.3 Erwartetes Ergebnis der quantitativen Analyse der Daten

Zum einen wird erwartet, dass es durch die Anwendung des Bilanzierungsdialogs zu einer messbaren Steigerung der Patientenzentrierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II im Vergleich zum Gesprächstyps I kommt.

Diese Zunahme der Patientenzentrierung wird dabei durch das RLI insbesondere durch ein bedeutsam höheres Ankreuzen folgender Items erwartet (vgl. S. 41):

- Item 2 und 21, die die Handlungen der Ärzte anzeigen, die eine gemeinsame Evaluation des Krankheits- und Therapieverlaufs bedeuten können.
- Item 5, 8, 10,11, welche für Handlungen der Ärzte stehen, die die Entwicklung eines von beiden Interaktionspartnern ausgehandelten Behandlungsauftrags darstellen können.
- Item 9, 14, 22, die festgestellte Interaktionen der Ärzte darstellen, welche im Gespräch eine Zielauslotung in der Therapie aufzeigen können.
- Item 23, das den Bezug zum Alltag und der Lebenswirklichkeit des Patienten in den Gesprächen darstellt.

Ein bedeutsam erniedrigtes Ergebnis wird in Bezug auf das Item 7 erwartet, das darstellt, dass die Ärzte auf Pathologien des Patienten fokussieren. Diese Handlungsweise steht der salutogenen Ausrichtung des Bilanzierungsdialogs entgegen. Die salutogene Orientierung des Bilanzierungsdialogs wird außerdem mutmaßlich durch eine Zunahme des Items 4 und des Items 3 erkenntlich: Hilfestellungen des Arztes, dass der Patient seine Ressourcen erkennt bzw. dass der Arzt auf Ausnahmen fokussiert. Weiterhin wird eine veränderte Feststellung des Items 13 erwartet, das die ärztliche Steuerung und Ratschläge im Gespräch abbildet.

Zum anderen wird damit gerechnet, dass sich die Gesprächsstruktur so stark durch den Bilanzierungsdialog verändert, dass sich die Gesprächsanteile der beiden Gesprächspartner deutlich verschieben. So lautet die diesbezügliche zu prüfende Hypothese, dass die Gesprächsanteile der Patienten im Gesprächstyp II im Vergleich zum Gesprächstyp I als bedeutsam höher zu erwarten sind.

3.3.4 Quantitative Analyse der Daten

Das übergeordnete Ziel der quantitativen Datenanalyse aus den Daten des RLI ist vornehmlich eine deskriptive Zusammenfassung der Datenmenge. Diese Auswertung ergänzt die qualitative Analyse und soll primär einen geordneten Überblick über die umfangreichen Daten herstellen und diese mit quantitativen Daten stützen. Weiterhin wird eine quantitative Evaluierung der Gesprächsanteile von Arzt und Patient angestrebt, um die oben geschilderte Hypothese zu prüfen.

3.3.4.1 Vorgehen bei der quantitativen Analyse der Daten mittels RLI

Die Datenanalyse erfolgt anhand der durch das RLI gewonnenen Excel-Tabellen der 16 Gespräche (zum Erhalt der Excel-Tabellen s. S. 29). Zur Vorbereitung der quantitativen

Auswertung wird zunächst eine Vergleichbarkeit der einzelnen Gespräche hergestellt, die ja unterschiedlich lange dauern. Dementsprechend werden Item- oder Faktorenwerte relativ zur Anzahl der jeweiligen Gesprächsminuten eines Gespräches berechnet.

Ein Faktorenwert (factor score) ist, laut Überla (1971), der Mess- oder Schätzwert einer bestimmten Person in Bezug auf einen bestimmten Faktor, und dieser Faktorenwert kann bestimmt werden. Weiß man (aus eigenen oder fremden Analysen) genau, welche Items auf welche Faktoren laden, so lassen sich solche Faktorenskalen in einem einfachen Rechenverfahren gewinnen, indem man wie nachfolgend beschrieben vorgeht: In einem ersten Schritt werden Itemwerte erzeugt, die über unterschiedliche Gespräche und Gesprächslängen hinweg so relativiert werden, dass sie miteinander vergleichbar sind. Die Werte der Items pro Gespräch werden dabei zunächst addiert. Dies ist aufgrund des Intervallskalenniveaus möglich. Die erzeugte Summe wird dann durch die Anzahl der Minuten des jeweiligen Gespräches dividiert, sodass ein Vergleich zwischen Gesprächen unterschiedlicher Dauer kein Problem mehr darstellt. Anschließend werden individuelle Faktorenskalenwerte für jedes Gespräch gebildet. Die im ersten Schritt gewonnenen relativierten Itemwerte (gemittelte Originalwerte der einzelnen Items) werden nach Zuordnungsvorschrift des RLI-Manuals zu den vorgegebenen Faktoren zusammengefasst, indem sie addiert und durch die Anzahl der im jeweiligen Faktor zusammengefassten Items dividiert werden. Dadurch sind jetzt neue Werte entstanden, die händisch erzeugte Faktorenskalen repräsentieren und sich dabei jeweils (individuell oder als Gesprächsmittelwerte) auf derselben Skalenweite wie eines der verwendeten Ursprungsitems bewegen.

Dieses Procedere wird für alle 16 Gespräche mit ihren jeweils 23 Items durchgeführt. Die Items werden damit, wie im Manual der Methode beschrieben, zusammengestellt. Bei dieser Gruppierung der Items zu Faktorenskalen (im Folgenden auch oft der Einfachheit halber als „Faktoren“ bezeichnet) muss besonders beachtet werden, dass Item 23 des Wirkfaktors 4 durch die Faktorenanalyse als gegenläufig zu den anderen zu diesem Faktor gehörigen Items ermittelt wurde (Honeremann 1999). Es ist damit das einzige Item, das in seiner Schlüsselrichtung umgekehrt ist. Hier wird die Schlüsselrichtung einfach umgepolt (mathematische Spiegelung eines Wertes an der Skalenmitte), bevor diese Itemwerte dann in die jeweilige Addition einfließen. Das Vorgehen entspricht einer Praxis, in der man den Wert dieses Items auch von der zugehörigen Summe abziehen könnte. Dabei würde man allerdings die Entstehung von möglichen Nullsummen riskieren, was zwangsläufig zu mathematischen Fehlern führen würde.

Ziel der quantitativen Auswertung ist eine Gegenüberstellung der beiden Gesprächstypen I und II. Hierfür werden in der Folge die Werte eines jeweiligen Faktors aller einzelnen Ärzte nach Gesprächstyp getrennt (N : Anzahl = 8) addiert und durch die Anzahl dividiert, um somit den Mittelwert eines Faktors zu erhalten. Außerdem wird die dazugehörige Standardabweichung ermittelt.

Zur statistischen Überprüfung der Bedeutsamkeit der Ergebnisse wird zudem die Effektstärke mittels *Cohen's d* herangezogen. Die Effektstärke ist ein alternatives Maß zur Berechnung einer Signifikanz und wird hier als Mittel der Wahl angesehen, da die geringe Größe der vorliegenden Stichprobe einer Ermittlung von klassischen Signifikanzwerten entgegensteht. Deren Berechnungsformeln enthalten durchgängig den Term N , sind also in ihrem Ergebnis damit immer von der Stichprobengröße abhängig. Das Maß *Cohen's d* ist das nicht. Im hier vorliegenden Studiendesign gibt es acht Paare (Arzt und Patient), die zu einem einzelnen Messzeitpunkt betrachtet als jeweils unabhängig voneinander zu behandeln sind. Für die Vergleiche zwischen zwei Messzeitpunkten (hier herkömmliches Gespräch und Folgegespräch) müssen die entsprechenden Daten der Paare jedoch als abhängige Daten gelten, weil es sich eindeutig um Messungen bei denselben Probanden (Paare) handelt. Dadurch lassen sich (schon per Zufall) nicht so hohe Unterschiede in den zu vergleichenden Werten erwarten, wie es der Fall wäre, wenn man Werte miteinander vergleichen würde, die von wirklich unterschiedlichen Probanden stammen.

Würde man übliche Signifikanzwerte bestimmen, müsste man hier bei abhängigen und unabhängigen Werten auch unterschiedliche Berechnungsverfahren anwenden. Bei *Cohen's d* ist das nicht nötig. Dieses Maß wird sowohl für den Vergleich von Mittelwertsunterschieden zwischen zwei voneinander unabhängigen Gruppen als auch für den Vergleich von Mittelwertsunterschieden bei zwei „wiederholten“ Messungen bei derselben Gruppe (der hier vorliegende Fall) empfohlen.

Die statistische Signifikanz wird bei Cohen bei Ergebniswerten zwischen $0,2 \leq d < 0,5$ als ein kleiner Effekt, zwischen $0,5 \leq d \leq 0,8$ als ein mittlerer und für $d > 0,8$ als ein starker Effekt angesehen. Die berechneten Werte der Effektstärke *Cohen's d* der Mittelwerte der Gesprächstypen werden in der Tabelle 10 (vgl. S. 73) dargestellt. Anhand dieser Tabelle können die Gesprächstypen in ihrer durchschnittlichen Faktorenzusammensetzung miteinander verglichen werden.

Die für die Faktoren aufgeführten Berechnungsschritte werden in der Folge auch auf Itemebene durchgeführt (vgl. S. 75). Die Aufschlüsselung der Faktoren in Items wird für ein detaillierteres Verständnis durchgeführt (vgl. S. 78).

3.3.4.2 Vorgehen zur Ermittlung der Gesprächsanteile

Mit Hilfe des RLI werden die beiden Gesprächstypen I und II v. a. in Bezug auf die ersten vier Dimensionen der Patientenzentrierung direkt vergleichbar. Der Fokus liegt dabei auf der Veränderung der ärztlichen Fertigkeit, den Patienten und die jeweilige therapeutische Beziehung zu ihm, in geeigneter Form zu erfassen. Um die Fähigkeit der Ärzte, den neuen Gesprächsleitfaden anzuwenden und damit ihre Gesprächsstruktur zu verändern auch noch auf eine andere Weise zu vergleichen, wird eine weitere Sekundäranalyse ergänzt: Die bereits im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ angefertigten Transkripte der 16 Videoaufzeichnungen werden im Hinblick auf die Gesprächsanteile der beiden Gesprächspartner einander gegenübergestellt. Dazu werden die Transkripte der 8+8 Gespräche herangezogen und jeweils nach den Wortbeiträgen der ärztlichen Seite und der Patientenseite getrennt (= 32 Transkriptteile). In diesen neu entstandenen Teildateien können über eine Funktion des Word-Programms jeweils die Anzahl der transkribierten Wörter genau ausgezählt und in einer Tabelle festgehalten werden (vgl. S. 80), um damit die veränderten Wortbeiträge und damit Gesprächsanteile in den Gesprächstypen I und II darstellen zu können.

Mit Hilfe dieser neu aus den vorhandenen Transkripten gewonnenen Daten soll statistisch überprüft werden, wie sich die Gesprächsanteile von Ärzten und Patienten im Hinblick auf die Gesprächstypen unterscheiden. Die der Überprüfung zugrunde liegende zentrale Hypothese lässt sich so formulieren, dass sich bei dem Gesprächstyp II die Gesprächsanteile gegenüber Gesprächstyp I in Richtung höherer Gesprächsanteile auf Patientenseite verschieben werden. Das wäre eine erwünschte Entwicklung und würde einen „Fortschritt“ der untersuchten Gespräche hin zu einer weiteren Patientenzentrierung bedeuten.

Dazu werden zuerst die gezählten Wörter pro Arzt und Patient auf die jeweilige Gesprächslänge relativiert (vgl. S. 79), damit die „Wortdichte“ pro Gesprächsminute ermittelt und nachfolgend für beide Gesprächstypen getrennt die Mittelwerte für die Wortdichte pro Minute für Arzt und Patient berechnet (vgl. S. 80) sowie verglichen.

Zur Überprüfung, ob eine möglicherweise gemessene veränderte Gesprächsstruktur zufällig entstanden ist, wird dann wiederum die Effektgröße „Cohen's d “ bestimmt.

4 Ergebnisse

Eine Fülle von Ergebnissen wurde insbesondere durch das RLI erzielt. Sie wurde schließlich für die Darstellung in dieser Arbeit stark gekürzt.

Das RLI bedingt, dass bei der Präsentation der Ergebnisse die Faktor- und Itemnamen genannt werden. Um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, konnte nicht an jeder Stelle die jeweilige Bedeutung dazu ausgeführt werden. Im Methodenteil befindet sich auf den Seiten 22 ff. eine Übersicht über die Items. Zur Orientierung im Text wurden die Gliederungselemente (Faktoren oder Items) jeweils hervorgehoben.

4.1 In die Auswertung eingeschlossene Videoaufzeichnungen

Aus dem Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ (vgl. S. 12) wurden entsprechend der genannten Einschlusskriterien (vgl. S. 17) 16 Videodokumentationen für diese Arbeit ausgewertet:

Bei diesen Videoaufzeichnungen handelt es sich um acht herkömmliche, hausärztliche Konsultationen und ihre jeweiligen Folgegespräche etwa ein Jahr später. Letztere wurden in bilanzierender Absicht durchgeführt. Einen Überblick über die entsprechenden Videoaufzeichnungen und die damit erfassten Gespräche geben die folgenden zwei Tabellen (vgl. Tabelle 3 und Tabelle 4, S. 44). Die Nummerierung der Videoaufzeichnungen wurde aus dem Ursprungsprojekt übernommen.

Aus Tabelle 3 geht sowohl das Geschlecht des Arztes und des Patienten als auch die chronische Erkrankung des Patienten hervor: Dabei handelt es sich um sieben Ärzte und eine Ärztin. Bei den Patienten wurden drei männliche und fünf weibliche Patienten erfasst. Die Tabelle 4 zeigt, dass das Alter der Ärzte zum Zeitpunkt des herkömmlichen Gespräches zwischen 38 und 59 Jahren und bei den Patienten zwischen 33 und 81 Jahren lag.

Die Berechnung des Altersmittelwerts der Ärzte liegt bei 50,0 Jahren, bei einer Standardabweichung von 7,9 Jahren. Bei den Patienten liegt der Mittelwert des Alters der Patienten etwas höher, bei 56,9 Jahren, allerdings bei einer Standardabweichung von 18,5 Jahren. Dies ist mehr als doppelt so hoch wie bei den Ärzten. Die Ärzte repräsentieren also eine jüngere und homogenere Gruppe als die Patienten.

Tabelle 3: Eckdaten der Videoaufzeichnungen

Gesprächstyp	Video- nummer	Dauer [Min.]	Ärztin/Arzt	Patient/in	Chronische (Haupt-) Erkrankung
Gesprächstyp I	1	11	Arzt	Patient	Diabetes
	2	15	Arzt	Patientin	Diabetes
	3	14	Arzt	Patientin	Asthma
	5	21	Arzt	Patient	Tinnitus
	6	13	Arzt	Patient	Diabetes
	10	19	Arzt	Patientin	Diabetes
	11	12	Arzt	Patientin	Diabetes
	12	13	Ärztin	Patientin	Diabetes
Gesprächstyp II	1	14	Arzt	Patient	Diabetes
	2	17	Arzt	Patientin	Diabetes
	3	26	Arzt	Patientin	Asthma
	5	53	Arzt	Patient	Multiple Bera- tungsanlässe
	6	21	Arzt	Patient	Diabetes
	10	14	Arzt	Patientin	Diabetes
	11	19	Arzt	Patientin	Diabetes
	12	27	Ärztin	Patientin	Diabetes

Tabelle 4: Alter der Ärzte bzw. der Patienten im herkömmlichen Gespräch (GT I)

Videonummer	Alter Arzt/Ärztin	Alter Patient/in
1	58	66
2	59	76
3	56	58
5	55	37
6	38	65
10	44	33
11	46	81
12	44	39

Anmerkung: Zum Zeitpunkt der Folgegespräche (mit Gesprächstyp II) sind alle Teilnehmer ein Jahr älter.

4.2 Qualitativ vergleichende Analyse der Gesprächstypen

Zu den folgenden Analysen bilden die herkömmlichen Gespräche den Gesprächstyp I, die Folgegespräche den Gesprächstyp II. Die hier vorgestellten Ergebnisse wurden durch den Vergleich der beiden Gesprächstypen mit Hilfe der Thermografiken und Excel-Tabellen ermittelt. Dabei wurde die Interventionsstruktur eines einzelnen Arztes detailliert ausgewertet, um dann gezielt nach Veränderungen der Zusammensetzung der Faktoren in den beiden Gesprächstypen sowie nach weiteren für einen Gesprächstyp charakteristischen Merkmalen, wie im *Kapitel 3.3.2* beschrieben ist, zu suchen.

4.2.1 Direkter Vergleich der Interventionsstruktur eines einzelnen Arztes

Für den direkten Vergleich der jeweiligen Interventionsstruktur in den beiden Gesprächstypen I und II wurde der Arzt mit der Nummer 12 ausgewählt. Die Auswahl wurde aufgrund des Gesamteindrucks eines deutlich veränderten Musters der beiden Thermografiken des Arztes getroffen. Erst nach der Auswahl stellte sich heraus, dass es sich um die einzige weibliche Teilnehmerin, welche in diese Arbeit eingeschlossen werden konnte, auf Seiten der Ärzte handelte.

Das erste videodokumentierte und ausgewertete Gespräch dauerte 13 Minuten. Das Folgegespräch, in dem eine Bilanzierung der Krankengeschichte stattfand, nahm 27 Minuten ein. Aus den Thermografiken der beiden Gesprächstypen gehen deutliche Veränderungen in der Ausprägung der Faktoren hervor (vgl. Abbildung 5 bzw. größeres Format, S. 140).

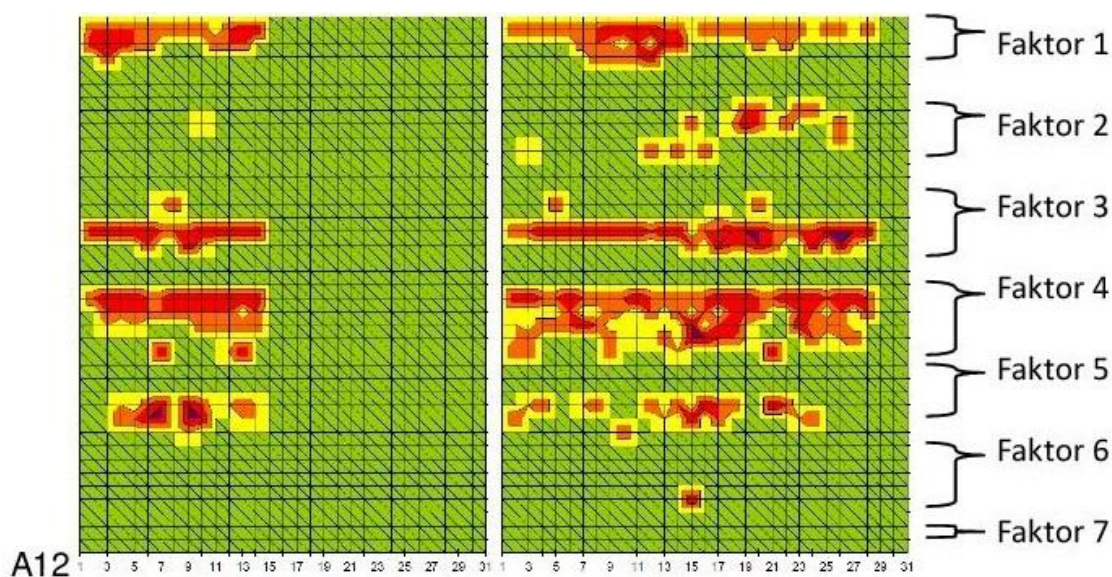


Abbildung 5: Thermografiken der beiden Gespräche des Arztes A_12

4.2.1.1 Veränderungen in der Faktorenausprägung

Die Beziehungsgestaltung ist in diesem hausärztlichen Gespräch eine wichtige Beratungsqualität, denn in den Thermografiken konnte das konstante Auftreten des **Faktors 4** verzeichnet werden. Auch wurde eine neue violette Färbung (maximale Farbintensität) in den Folgegesprächen festgestellt, die in der Form im Gesprächstyp I nicht vorhanden war. Die Thermografik des Gesprächstyps II wirkt weniger geballt, dafür aber differenzierter.

Im Detail heißt das, dass in den Gesprächen zu beiden Zeitpunkten kontinuierlich über alle Minuten hinweg Aktionen des Items 10 (Rapport) festgestellt wurden. Die Intensität wurde dabei im Gesprächstyp I in elf der 13 Minuten und im Gesprächstyp II in zwölf der 27 Minuten mit „3“ bewertet. Die Ärztin scheint also eine aufmerksame Gesprächshaltung in beiden Gesprächen einzunehmen, denn auch die restlichen Minuten der beiden Gesprächstypen wurden mit einer Intensität von „2“ bewertet.

Handlungen, die mit dem Item 11 (Patient als Experte) kodiert werden, nahmen in der Interventionsstruktur des Gesprächstyps II in ihrer Häufigkeit ab. Im RLI fließt das Item 11 auch in die Beratungsqualität der Beziehungsgestaltung ein. In den Minuten, in denen keine Interaktionen des Items 11 festgestellt wurden, kam dafür eine andere Komponente der Beziehungsgestaltung vor, nämlich Handlungen des Items 16. So näherte sich der Arzt durch Aufgreifen patienteneigener Formulierungen der Vorstellungswelt des Patienten an. Dabei handelte es sich um ein neues Element der Beziehungsgestaltung in der Gesprächsgestaltung dieses Arztes.

Auch Interaktionen mit Hilfe derer sich der Arzt nach den Lebensbedingungen des Patienten erkundigt und Fragen stellt, die unter biomedizinischen Gesichtspunkten von nachrangiger Bedeutung erscheinen, fließen in die Beziehungsgestaltung ein (Item 23). Dieses Item kann eine Herangehensweise mit biopsychosozialen Verständnis, wie es im hausärztlichen Setting Beachtung finden soll, abbilden. Solche Interaktionen veränderten im Gesprächstyp II ihre Position. Während im Gesprächstyp I Fragen zum Lebenskontext des Patienten (Item 23) vom Arzt im Verlauf des Gespräches (Minute 6) und gegen Ende der Konsultation (Minute 11 und 12) gestellt wurden, wurden diese bereits zu Beginn (Minute 1 und 2) des Gesprächstyps II wahrgenommen. Die Intensität der Kodierungen blieb bei diesem Arzt in den Gesprächen unverändert (von „1-3“). Die Veränderung des Zeitpunktes, zu dem der Arzt sich nach der Lebenswirklichkeit des Patienten erkundigt, kann als Schwerpunktverlagerung interpretiert werden und auf den Patienten möglicherweise als ein verstärktes Interesse an ihm selbst und seiner Situation wirken.

Durch die Thermografiken zeigte sich, dass Äußerungen, mit denen der Arzt das Anliegen seines Patienten erkundet (Item 5), im Gesprächstyp II mit verstärkter Intensität bewertet wurden. Im RLI wird dieser Aspekt der Auftragsklärung der Beziehungsgestaltung zugeordnet. Der in seiner Gesprächsstruktur näher analysierte Arzt verwendete solche Handlungen bereits in den letzten Minuten des ersten Gespräches. Davor wurde es zwar auch zweimal gemessen, jedoch in einer nur leichten Ausprägung („1“ in Minute 2 und 4) bewertet. Im Gesprächstyp II wurden diese Handlungen bereits in der ersten Minute der Konsultation festgestellt und mit leichter („1“) und dann mit steigender Intensität im Verlauf des gesamten Gespräches bewertet. Insgesamt wurden bei dem Arzt, den Thermografiken zufolge, im Gesprächstyp II mehr Komponenten des Faktors 4 „Beziehungsgestaltung“ festgestellt, die Schwerpunkte veränderten sich und die Intensitäten waren geringfügig höher als im Gesprächstyp I.

Die Unterschiede der Problemanalyse, **Faktor 1**, in den beiden Gesprächen waren zunächst bei der Betrachtung der Thermografiken schwer zu erkennen. Die Beratungsqualität schien in beiden Gesprächen nahezu identisch ausgeprägt. Bei eingehender Betrachtung der Thermografiken zeigte sich jedoch, dass im Folgegespräch die Zusammensetzung der Problemanalyse verändert war. Auch eine überschlägige Berechnung zeigte, dass die Dichte der Problemanalyse zurückging (Gesprächstyp II: 37 Items, Gesprächstyp I: 21 Items: Gesamtanzahl der Items, bei 27 Minuten im Gesprächstyp II und 13 Minuten im Gesprächstyp I – ungemittelt über die Minuten). Diese Reduktion der Itemdichte ist ein möglicher Hinweis dafür, dass der Arzt versucht die Fokussierung auf Pathologien zu vermindern. Für diese Vermutung spricht, dass der Rückgang der dies bzgl. kodierten Handlungen v. a. dadurch zustande kommt, dass die Thematisierung von gesundheitlichen Defiziten des Patienten (Item 7) im Gesprächstyp I in acht von 13 Minuten feststellbar war, im Gesprächstyp II hingegen nur noch in acht von 27 Minuten. Annähernd konstant beurteilt wurde das durch den Arzt angeregte Reflektieren des Patienten über das Problem (Item 2). Diese Komponente der Problemanalyse zog sich – mit Ausnahme weniger Minuten – gleichmäßig durch die Thermografiken der beiden Gesprächsformen. Damit prägte dieses Item sowohl das Erscheinungsbild des Gesprächstyps I als auch des Gesprächstyps II stark. Hierbei war auffallend, dass in allen drei Minuten, in denen das Item 2 nicht festgestellt wurde, bei dem Arzt Handlungen, die mit dem Item 8 (Zukunftsorientierung) kodiert werden, im Gesprächstyp II dokumentiert wurden.

Als weitere Interaktionen der Problemanalyse wurde im Verlauf des Gesprächstyps II über einen längeren Zeitraum (Minute 7–11) Handlungen des Arztes festgestellt, die die Entstehung des Problems des Patienten (Item 21) erkunden. Im Gesprächstyp I wurde diese Herangehensweise nur in der zweiten Minute der herkömmlichen Konsultation explizit erkennbar und kodiert.

Das Item 18 wurde in keinem der hier verglichenen Gespräche festgestellt.

Mit Blick auf den **Faktor 3**, der das Konkretisieren von Lösungen darstellt, wurden folgende Unterschiede in der Struktur der beiden Gesprächstypen deutlich:

So ergab die Analyse der Thermografik des Gesprächstyps I für den Faktor 3 ein lineares Bild. In der Mitte des Hauptteils des Gesprächs wurde eine Erweiterung der Beratungsqualität durch weitere Elemente deutlich. Die Thermografik des Gesprächstyps II zeigte ebenfalls eine konstante Verteilung, allerdings stellte sich bereits zu Beginn und später ab der 14. Minute ein differenzierteres Bild dar.

Das Item 13 zog sich – bis auf eine Pause in der 14. Minute des Gesprächstyps II – konstant durch alle Minuten der beiden Gespräche. Wobei im Gesprächstyp I etwa in der Gesprächsmitte in drei Minuten, wie beschrieben, auch Interventionen mit einer zukunftsorientierten Perspektive (Item 8) festgestellt wurden. Diese wurden mit verschiedenen Intensitäten („1–3“) bewertet. In zwei Minuten zwischen den zukunftsgerichteten Passagen wurden Aussagen des Arztes vorgefunden, die dem Patienten helfen sollen, seine Herausforderungen selbst zu meistern (Item 20). Insgesamt wurden im Gesprächstyp I maximal zwei Elemente der Lösungsfindung innerhalb einer Minute dokumentiert.

Im Gesprächstyp II wurden Bestrebungen des Arztes, Möglichkeiten aufzuzeigen, etwas anders zu gestalten (Item 19) durch den Rater festgestellt. Außerdem wurden auch hier Handlungen, der bereits erwähnten Items 8 und 20, dokumentiert und mit ähnlicher Intensität bewertet. Da diese jedoch auch zusammen in einer Minute vorkamen, entstand eine stärkere Fokussierung innerhalb des Gesprächs auf die Beratungsqualität der Lösungsfindung.

Die genaue Analyse des Faktors 3 bestätigte, dass im Gesprächstyp II ein neuer bzw. veränderter Schwerpunkt auf das Konkretisieren von Lösungen gesetzt wurde. Denn die nun vermehrt genutzten Interaktionen der Items 8, 19, 20 beziehen den Patienten stärker in die Gespräche ein, als dies bei den Interaktionen des Items 13 möglich ist. Die Thermografik des Gesprächstyps II zeigte den veränderten Schwerpunkt bereits durch die neuen

Violett-färbungen, die einer maximalen Darstellung der Intensität einer Beratungsqualität in einer Minute entsprechen.

Eine nahezu neue Qualität im Gesprächstyp II war die Feststellung von Interaktionen, die dem **Faktor 2** zugeordnet werden: Hinleiten des Patienten zu eigenen Zielen. In dem zuerst geführten Gespräch regte der Arzt seinen Patienten nur in einer Minute an, sein Ziel zu äußern (Item 9). Dies wurde mit einer schwachen Intensität bewertet und war das einzige festgestellte Item des Faktors 2. Im Gesprächstyp II konnte eine deutlich verstärkte Zielaktualisierung bei diesem Arzt festgestellt werden. So wurden Interaktionen erfasst, die zur Kodierungen aller Items des Faktors führten. Neben den bereits geschilderten Interaktionen des Items 9, dass im Gesprächstyp II ab der 14. Minute wiederholt in verschiedenen Intensitäten („1–3“) bewertet wurde, wurde nun auch festgestellt, dass der Patient vom Arzt angeregt wurde, Ziele zu spezifizieren (Item 14). In weiteren vier Minuten wurde dies mit einer Intensität von „2“ beurteilt. Außerdem wurde das Item 14 in zwei Minuten als einziges Element der Zielaktualisierung festgestellt.

Zudem wurden Fragen nach Unterschieden für den Patienten in Bezug auf dessen Krankheitsgeschehen v. a. zu Beginn (Minute 2) und im Verlauf (Minute 11, 13 und 15) erkannt (Item 15). Demgegenüber wurden Fragen, die die Ziele des Patienten spezifizieren (Item 14), erst im letzten Drittel des Gespräches (Minute 18,19, 22 und 23) festgestellt.

Der Vergleich der beiden Konsultationen ließ also die Zielaktualisierung als eine neue Qualität in der Interventionsstruktur des Gesprächstyps II erkennbar werden.

Die Analyse der Thermografie des Beispielsarztes mit Fokus auf den **Faktor 5** ergab im Gesprächstyp I eine breite Vielfalt innerhalb der Ressourcen- und Kompetenzentwicklung. Die Interventionsstruktur des Gesprächstyps I zeigte ab der ersten Minute ein relativ konstant verlaufendes Bild. Dabei wurde – anders als in dem Gesprächstyp II – an zwei Stellen in der Mitte des Gespräches eine maximale Intensität erreicht. Handlungen mit einem Fokus auf Ressourcen wurden im Gesprächstyp II bereits in der ersten Minute des Gespräches festgestellt. Außerdem zeigte sich im zweiten Gespräch ein deutlich ausgedünnter Faktor 5. Hier wurden durch die Handlungen des Arztes keine maximalen Farbausprägungen in der Thermografie mehr erreicht. Auch gibt es mehrere Minuten, in denen kein Element der Ressourcenentwicklung in der Interventionsstruktur mehr festgestellt wurde.

Diese Unterschiede konnten v. a. auf die Reduktion anerkennender Handlungen (Items 1) zurückgeführt werden. Zwar wurde die Intensitätsbreite in beiden Gesprächen zwischen „1“ und „3“ bewertet, jedoch wurde im zweiten Gespräch nur noch eine Situation mit einer Intensität von „3“ beurteilt. Auch insgesamt wurde die Stärkung des Patienten durch Anerkennung im zweiten Gespräch seltener. Relativ ähnlich verteilt waren Hilfestellungen für den Patienten, Ressourcen in seinem Leben zu entdecken (Item 4). In beiden Gesprächen wurden solche Handlungen in den ersten Minuten festgestellt. Diese wurden mit einer Intensität zwischen „1“ und „3“ bewertet und zogen sich durch das Gespräch, wobei sie im Gesprächstyp II im Gegensatz zum Gesprächstyp I schon vor dem Gesprächsende aufhörten.

In beiden Gesprächen wurde einmalig eine Frage des Arztes zu Ausnahmen in Bezug auf die Problematik des Patienten festgestellt (Item 3). Bezüglich des Faktors 5 kann zusammengefasst werden, dass der Faktor 5 im Gesprächstyp I in allen Minuten in der Thermografie sichtbar wurde. Teilweise wurden Handlungen, die durch mehrere Items dieser Beratungsqualität kodiert werden, festgestellt. Im zweiten Gespräch verliefen mehrere Minuten ganz ohne die Feststellung der Bestandteile des Faktors 5. So konnte bereits die Thermografie Anlass zu der Vermutung geben, dass im Gesprächstyp I ein Schwerpunkt auf der Ressourcenentwicklung lag: Ausschließlich in dieser Beratungskompetenz gab es im Gesprächstyp I Violettfärbungen in der Thermografie.

Eine Neuerung im Gesprächstyp II waren Interaktionen des Arztes, die beim Patienten zum „Alternativen Denken“ in Bezug auf seine Problematik anregen sollten (Item 12, Faktor 6: „Alternatives Denken“). In der 14. Minute des Gesprächstyps II wurden solche Interaktionen mit einer Intensität von „3“ bewertet. Die mögliche Auswirkung der Intervention aus dieser Minute auf das ganze Gespräch wird im Kapitel 4.2.1.3 eingehender betrachtet.

4.2.1.2 Intensitätsausprägungen als Variabilitätsindikatoren ärztlicher Interaktionen

Zu Beginn der Auswertungen wurde die Zunahme der Item-Variabilität in der Interventionsstruktur eines Arztes als ein Indiz für ein stärker patientenzentriertes Vorgehen gewertet (vgl. 3.2.6 *Dimensionen der Patientenzentrierung im RLI*). Dabei wurde auch angenommen, dass insbesondere eine zunehmende Tendenz der Intensitäten der bereits im Gesprächstyp I vorhandenen Items – mit Ausnahme der Items 7 und 13 – im Gesprächstyp II festgestellt würde. Diese Annahme baute darauf, dass wenn der Arzt im Gesprächstyp II ver-

stärkt auf den Patienten eingeht, der Rater vermehrt Interaktionen feststellen müsste, welche mit einer hohen Fertigkeit des Arztes zu beurteilen wären. Theoretisch wäre es zu Beginn der Auswertung auch denkbar gewesen, dass im Gesprächstyp II die Intensitäten bestimmter Items zurückgehen, da der Arzt selbst zurückhaltender agiert und versucht den Patienten aktiver in das Gespräch einzubinden. Während der Auswertungen zeigte sich jedoch, dass der Arzt zwar verstärkt auf den Patienten einging (im Sinne einer erhöhten Item-Variabilität), aber dass sich in der Interventionsstruktur des Gesprächstyps II verschieden große Intensitätsbreiten der einzelnen Items ergaben. Das Eingehen auf den Patienten hatte also ein differenziertes Bild in der Thermografie zur Folge. Deshalb wurden auch nicht nur die Zunahme oder die Abnahme der Intensitäten in den folgenden Tabellen vermerkt, sondern auch die Intensitätsspannen, also die verschiedenen Intensitätsausprägungen eines Items. Diese Intensitätsausprägungen eines Items wurden auch als Intensitätsbreite bezeichnet.

Die folgenden Tabellen stellen eine vergleichende Analyse der Interventionsstruktur des ausgewählten Arztes mittels der Intensitätsbreite und der Veränderung von Gesprächstyp I zu II dar. (Anmerkung zu Tabelle 5 bis Tabelle 8: k. bedeutet „kein Vorkommen“)

Tabelle 5: Vergrößerte Intensitätsbreite im Gesprächstyp II

		Gesprächstyp	
		I	II
Faktor 1	Problemanalyse, Defizitorientierung		
	Defizitfokussierung	Item 7	2–3
	Entstehungsgeschichte	Item 21	2
Faktor 2	Zielaktualisierung		
	Zieläußerung	Item 9	1
Faktor 4	Beziehungsgestaltung, Kooperation, Respekt		
	Anliegen klären	Item 5	1–2
	Kompetenter Klient	Item 11	2
	Lebenssituationsexploration	Item 23	1, 3
Faktor 5	Ressourcenentwicklung, Kompetenzentwicklung		
	Ausnahmen	Item 3	1

Tabelle 6: Verminderte Intensitätsbreite im Gesprächstyp II

		Gesprächstyp I		II
Faktor 1	Problemanalyse, Defizitorientierung			
	Problem(Re)Konstruktion	Item 2	1-3	2-3
Faktor 3	Konkretisierung von Lösungen			
	Operational. der Kompetenzen	Item 20	1-2	2

Tabelle 7: Konstante Intensitätsbreite

		Gesprächstyp I		II
Faktor 1	Problemanalyse, Defizitorientierung			
	Problemerleben	Item 18	k.	k.
Faktor 3	Konkretisierung von Lösungen			
	Zukünftiges	Item 8	1-3	1-3
	Expertenmeinung bzw. Steuerungen	Item 13	2-3	2-3
Faktor 4	Beziehungsgestaltung, Kooperation, Respekt			
	Rapport	Item 10	2-3	2-3
Faktor 5	Ressourcenentwicklung, Kompetenzentwicklung			
	Ressourcen erkennen	Item 4	1-3	1-3
	Anerkennung	Item 1	1-3	1-3
Faktor 6	Alternatives Denken, Musterunterbrechung, Destabilisierung			
	Alternative Bewusstseinszustände	Item 17	k.	k.
Faktor 7	Reframing			
	Veränderung des Bezugsrahmens	Item 6	k.	k.

Tabelle 8: Neue Elemente im Gesprächstyp II

		Gesprächstyp I		II
Faktor 2	Zielaktualisierung			
	Zielspezifizierung	Item 14	k.	2
	Unterschiede	Item 15	k.	1-2
	Zielerleben	Item 22	k.	2

Faktor 3	Konkretisierung von Lösungen		
	Hilfe etwas anders zu machen	Item 19	k. 1
Faktor 4	Beziehungsgestaltung, Kooperation, Respekt		
	Klientensprache	Item 16	k. 1–3
Faktor 6	Alternatives Denken, Musterunterbrechung, Destabilisierung		
	Muster- / Situationsunterbrechen	Item 12	k. 3

Im Gesprächstyp II konnte bei dem ausgewählten Arzt sowohl bei den Handlungen der Problemanalyse als auch bei der Zielaktualisierung und der Ressourcenentwicklung eine vergrößerte Intensitätsbreite in der Interaktionsstruktur festgestellt werden, indem bei jeweils einem Item der jeweiligen Beratungsqualität die Intensitäten erweitert beurteilt wurden (vgl. Tabelle 5). Die Intensitätsbreite im Gesprächstyp II war auch bei zwei Gesprächsqualitäten – nämlich der Problemanalyse und dem Konkretisieren von Lösungen – geringer als im Gesprächstyp I (vgl. Tabelle 6).

Eine besonders stark dokumentierte Zunahme der Intensitätsbreite wurde bei der Beziehungsgestaltung im Gesprächstyp II deutlich. Diese Tatsache kann ein Hinweis darauf sein, dass durch die Beziehungsgestaltung im Gesprächstyp II noch mehr auf den Patienten eingegangen wird. Neue Elemente (vgl. Tabelle 8) in der Gesprächsstruktur fanden sich im Gesprächstyp II insbesondere durch Handlungen des Typs Zielaktualisierung (Faktor 2). Aber auch das Konkretisieren von Lösungen (Faktor 3) wurde im Gesprächstyp II verstärkt festgestellt. Dies deckt sich mit den Erwartungen, dass durch den Bilanzierungsdialog neue Aspekte der Patientenzentrierung im Gesprächstyp II zum Tragen kommen. Selbst Handlungen, die das „Alternative Denken“ (Faktor 6) abbilden, konnten als neue Elemente festgestellt werden.

Eine konstante Intensitätsbreite in der Interventionsstruktur beider Gesprächstypen wurde auf zwei Weisen deutlich: Zum einen wurden die Handlungen des Arztes mit der gleichen Intensitätsstärke bewertet und zum anderen waren bestimmte Handlungen weiterhin nicht vorhanden, die mittels der Items potenziell erfassbar gewesen wären (vgl. Tabelle 7) und somit (eben in ihrem „Nicht-Vorhandensein“) auch konstant in der Interventionsstruktur.

Bei den Handlungen, die weder im Gesprächstyp I noch im Gesprächstyp II festgestellt wurden, handelte es sich um Elemente der Problemanalyse sowie des „Alternativen Denkens“ und des Reframings. Darüber hinaus wurden besonders häufige ärztliche Handlungen

gen, wie bspw. der Rapport oder das Äußern von Expertenmeinung, in beiden Gesprächstypen in vergleichbarer Intensitätsbreite bewertet.

Die abschließende Betrachtung der Veränderungen der Item-Intensitäten lässt die Interpretation zu, dass die Zunahme einer Intensitätsbreite, also die Dokumentation von einer vergrößerten Anzahl von Intensitäten eines Items, als eine flexiblere Form der Gesprächsweise bezogen auf diese bestimmte Intervention verstanden werden kann. So zeigten ja bereits die Muster der beiden Thermografiken (vgl. S. 45), dass durch verschiedene Farbabstufungen ein differenzierteres Bild im Gesprächstyp II entsteht. Diese Analyse aller Items zeigte nun auch, dass insbesondere die für den Bilanzierungsdialog charakteristischen Items mit einer vergrößerten Intensitätsbreite vorkamen, und dass außerdem einige neue Interventionsmöglichkeiten festgestellt wurden.

4.2.1.3 Minute 14 – Sichtbarer Wendepunkt des Gespräches

Durch das detaillierte Auswerten und intensive Vergleichen der beiden Gespräche des Beispielarztes kam die Annahme eines Wendepunktes in der Struktur des zweiten Gespräches auf. Die Struktur des Wendepunktes wird im Folgenden dargestellt.

Durch beide Gespräche zogen sich in den Thermografiken Kodierungen der Items 13 und 10. Deshalb schienen diese Items nicht geeignet, um gezielt ein Muster bzw. eine Veränderung der Interventionsstruktur zu erkennen. Hilfreicher war dagegen die Suche nach einer Stelle, an der *keine Interaktion dieser beiden Items* festgestellt wurde. Dies kam im Gesprächstyp II in einer Minute vor. So wurde in Minute 14 des Gesprächstyps II kein Item 13 geratet. Während das Item 13 vor der Minute 14 in jeder Minute mit hohen Intensitäten vertreten war („3“ in zehn der ersten 13 Minuten, „2“ in 3 Minuten), waren die Intensitäten dann nach der Pause in der Minute 14 niedriger („2“ in fünf Minuten der verbleibenden 13 Minuten). Gleichzeitig tauchte das Item 12 in der Minute 14 auf, das bei diesem Arzt zudem ausschließlich an dieser Stelle vorgefunden wurde. Das Item 12 gehört zu dem Faktor 6 „Alternatives Denken“. Damit schien die Minute 14 einen Wendepunkt in diesem Gespräch darzustellen. Denn neben dem Auftreten neuer bis dato nicht festgestellter Verhaltensweisen und folglich eines neuen Items und darüber hinaus auch eines vorher unkodierten Faktors, gab die weitere Itemverteilung der Minute Aufschluss darüber, dass es sich um einen wichtigen Punkt in diesem Gespräch handeln könnte. So wurden die Interaktionen zur Problemreflexion, des ebenfalls in diesem Gespräch fast durchgängig kodierten Items 2, in dieser Minute ebenfalls pausiert. Auch Fragen zu Defiziten des Patienten (Item 7) wurden mit zwei Ausnahmeminuten (Minute 19, 21 mit jeweils einer Intensität von „2“) nach der Minute 14 nicht mehr festgestellt.

Andererseits wurde Anerkennung für den Patienten deutlich (Item 1). Diese Interaktion wurde in ihrer Durchführung mit einer hohen Fertigkeit („3“) beurteilt. Außerdem wurden ab der 14. Minute im Verlauf der Konsultation verstärkt Handlungen der Items des Faktors 3, Konkretisieren von Lösungen, und des Faktors 2, der Zielaktualisierung, festgestellt und geratet.

Die zuletzt genannte Beratungsqualität der Zielaktualisierung trat mittels Aktionen, die zu drei neuen Elementen führten, auf. Bis dahin war im Verlauf des Gespräches nur das Erfragen von relevanten Unterschieden für den Patienten durch den Arzt (Item 15) kodiert worden. In der Minute 14 selbst kamen neue Gesprächsimpulse durch den Arzt dazu, welche den Patienten anregen sollen, seine Ziele zu äußern (Item 9). Das Item 9 wurde dann bis in die Minute 25 (von insgesamt 27 Minuten) immer wieder kodiert. Handlungen, die mit Items 9 dargestellt werden, waren die einzigen, die sich aus der Beratungsqualität der Zielaktualisierung im Erstgespräch in einer Minute auffinden ließen – wenn auch „kaum“ (mit „1“ bewertet). Außerdem gab der Arzt im Gesprächstyp II seinem Patienten die Gelegenheit, seine Ziele zu spezifizieren (Item 14). Diese Interaktionen wurden in vier Minuten in diesem Bilanzierungsdialog gemessen. Außerdem wurde in der 25. Minute erfasst, dass der Arzt den Patienten zum Erleben seines Problems anregt (Item 22). Gleichzeitig verwendete der Arzt die Sprache seines Patienten (Item 16). Dies wurde im Verlauf des Gespräches dann noch in sieben weiteren Minuten ebenfalls mit hohen Intensitäten („3“ in Minute 14, 15) festgestellt.

Eine weitere Auffälligkeit der Minute 14 besteht darin, dass der Arzt das Gespräch aktiv in die Zukunft lenkte (Item 8). Bereits in der ersten ausgewerteten Videoaufzeichnung des Arztes wurden Handlungen, die mit Item 8 abgebildet werden, in der Mitte des Gespräches (Minute 5, 8, und 9 von 13) dokumentiert. Auch hier lenkte der Arzt das Gespräch also zu Aspekten der Zukunft. In dem Bilanzierungsdialog, dem ausgewerteten Gesprächstyp II, fand sich diese Ausrichtung auf die Zukunft ebenfalls ab der Mitte des Gespräches (Minute 14). Allerdings nahm sie dann einen größeren Raum im Gespräch ein (Minute 14, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25 und 26). Auch die weiteren Interaktionen, die durch die Items abgebildet werden, die in diesen Faktor des Konkretisierens von Lösungen einfließen, konnten im Gesprächstyp II festgestellt werden: Der Patient wurde angeregt, etwas anders zu machen (Item 19). Dies wurde mit einer schwachen Intensität („1“) bewertet und konnte in der Routineversorgung nicht aufgefunden werden. Demgegenüber wurden Hilfestellungen für den Patienten mit eigenen Kompetenzen seine Ziele zu operationalisieren (Item 20), bereits im Gesprächstyp I festgestellt.

Die Minute 14 des Gesprächstyps II kann also insoweit als Wendepunkt des Gespräches bezeichnet werden, als dass das Gespräch durch den Gebrauch eines neuen Faktors eine neue Ausrichtung erhielt.

Konkret bedeutet das, dass durch die Intervention, die mit Item 12 kodiert wurde, das Gespräch von einem problemanalytischen Schwerpunkt hin zu einer verstärkten Zielaktualisierung und v. a. zu einem verstärkten Konkretisieren von Lösungen geführt wurde. Weiterhin scheint der Arzt nachdem der Wendepunkt im Gespräch vollzogen ist, seine Gesprächssteuerung bzw. seine Ratschläge zurückzunehmen. Möglicherweise wartete der Arzt auf eine geeignete Situation im Gespräch, um diesem eine neue Ausrichtung zu geben.

4.2.2 Vergleichende Analyse der Thermografiken aller Ärzte

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Daten, die aus den beiden Gesprächstypen aller Ärzte ermittelt wurden. Dazu wurden zunächst die Thermografiken vergleichend analysiert, um Gesprächsmuster in bzw. Unterschiede zwischen den beiden Gesprächstypen zu identifizieren. Dazu wurden außerdem die Grundlagentabellen der Gespräche herangezogen. In einem ersten Durchgang wurden die Muster der einzelnen Gespräche als Gesamtheit verglichen und es wurden generelle Unterschiede bzw. Eigenschaften der Faktoren ermittelt. In der Folge wurden die Faktoren dann selbst in den einzelnen Gesprächen detailliert überprüft.

Die eingehende Beschäftigung mit den Thermografiken und den Grundlagentabellen zeigte, dass die Darstellung eines Faktors in der Thermografik durch das Zusammenwirken der ihn bildenden Items zustande kommt. So kann die maximale Farbausprägung (violett) durch mehrere hohe, aber nicht maximale („4“) Intensitäten ausgelöst werden (vgl. Gespräch A_11, Minute 3 und 16, S. 130, S. 139).

4.2.2.1 Globale Unterschiede im Auftreten der Faktoren

Der qualitative Vergleich der Gesprächstypen mit Hilfe der Thermografiken ergab zunächst, dass eine Gruppe von Faktoren in beiden Gesprächstypen nur punktuell an verschiedenen Stellen für ein bis zwei Minuten erschien, bspw. der Faktor 2 (Zielaktualisierung). Andere hingegen traten eher im Block und mehrere Minuten andauernd auf. Diese Faktoren ziehen sich durch alle Gespräche hindurch. Dieses Phänomen wurde in beiden Gesprächstypen vorgefunden. So handelt es sich im Gesprächstyp I um die Faktoren 4

(Beziehungsgestaltung), 3 (Konkretisieren von Lösungen), 1 (Problemanalyse) und 5 (Ressourcenentwicklung).

Dieses blockartige Vorkommen der genannten Beratungsqualitäten ließ sich auch im Gesprächstyp II feststellen. Dabei veränderten sich allerdings die Muster: Die Beziehungsgestaltung konnte als differenzierter gestaltet aufgefasst werden. Dies wurde besonders durch eine variabelere Farbkodierung des Balkens des Faktors 4 deutlich. Das heißt zum einen, dass die Beziehungsgestaltung aus mehr Items als im Gesprächstyp I gebildet wurde. Zum anderen waren die Intensitäten im Gesprächstyp II variabler als im Gesprächstyp I und nicht zuletzt wurde durch das Zusammenwirken unterschiedlicher gleichzeitig auftretender Interventionen im Gesprächstyp II eine stärkere Intensität (Lila-Färbung) der gesamten Beziehungsgestaltung erreicht. Auch die Problemanalyse zeigte sich in den Thermografiken im Gesprächstyp II verstärkt. In den Thermografiken war dies an Farbinintensivierung und der Permanenz der Kodierungen des Faktors 1 erkennbar.

In beiden Gesprächstypen wurden Handlungen festgestellt, die dem Konkretisieren von Lösungen zugeordnet sind. Diese wurden im Faktor 3 fortlaufend dokumentiert und mit einer hohen bis sehr hohen Intensität bewertet. Eindeutige Veränderungstendenzen konnten durch die globale Auswertung nicht ermittelt werden. So gab es Ärzte die starke Intensitäten in beiden Gesprächstypen zeigten (A_01, A_02), aber auch Ärzte, bei denen diese Beratungsqualität gelockert erschien (A_03, A_05, A_06). Das bedeutet in diesem Fall, dass bei diesen Ärzten die hohen fortlaufenden Intensitäten minutenweise durch schwächere Intensitäten unterbrochen wurden bzw. Minuten auch ganz ohne Elemente des Konkretisierens von Lösungen verliefen (A_05). Für die Interaktionen der Ressourcenentwicklung (Faktor 5) konnte ebenfalls keine eindeutige Veränderungstendenz in eine bestimmte Richtung erkannt werden. Die „punktuell“ in der Thermografik vorkommende Zielaktualisierung (Faktor 2) wurden im Gesprächstyp II im Vergleich zum Gesprächstyp I gehäufiger dokumentiert.

Weiterhin wurde durch die vergleichende Analyse der Thermografiken eine sich strukturell ähnlich wiederholende Veränderung der Faktoren um die dritte Minute herum in beiden Gesprächstypen erkannt: Es wurde in den Gesprächen (vgl. Abbildung 6 und Abbildung 7, wie der schwarze Balken markiert) zu diesem Zeitpunkt eine Verschmälerung der beziehungsgestaltenden Komponenten (Faktor 4) sowie eine Veränderung der Elemente verzeichnet, welche die Ressourcenorientierung (Faktor 5) abbilden.

Diese einleitenden Sequenzen wurden in beiden Gesprächstypen sowohl mit Hilfe der Thermografiken als auch mit Hilfe der Excel-Tabellen miteinander verglichen. Außerdem wurden die Sequenzen des Anfangs mit dem gesamten Faktorenverlauf der dann folgenden Gespräche verglichen. Diese qualitative Auswertung über die beiden Gesprächstypen zeigte in der eröffnenden Sequenz in beiden Gesprächstypen die gleiche Gewichtung der Faktoren. Unterschiede zwischen den Gesprächstypen bestanden in der Zusammensetzung der einzelnen Faktoren, wie im Folgenden dargestellt wird. Über die Dauer aller Gespräche wurden alle Faktoren mit Ausnahme des Faktors 7 (Reframing) festgestellt.

Ein weiteres oder auch abschließendes, ähnlich abgrenzbares und sich wiederholendes Muster wie zu Beginn der Gespräche, ließ sich in den Thermografiken nicht finden. Zum einen ist es denkbar, dass die Gespräche kein förmliches Ende gefunden haben und deshalb auch keine vergleichbare Struktur in den Thermografiken der Gespräche abgeleitet werden konnte. Zum anderen konnte als Ursache auch ermittelt werden, dass nicht alle Gespräche bis zum Schluss aufgezeichnet wurden (vgl. 5.4.3 Individualität der Gespräche).

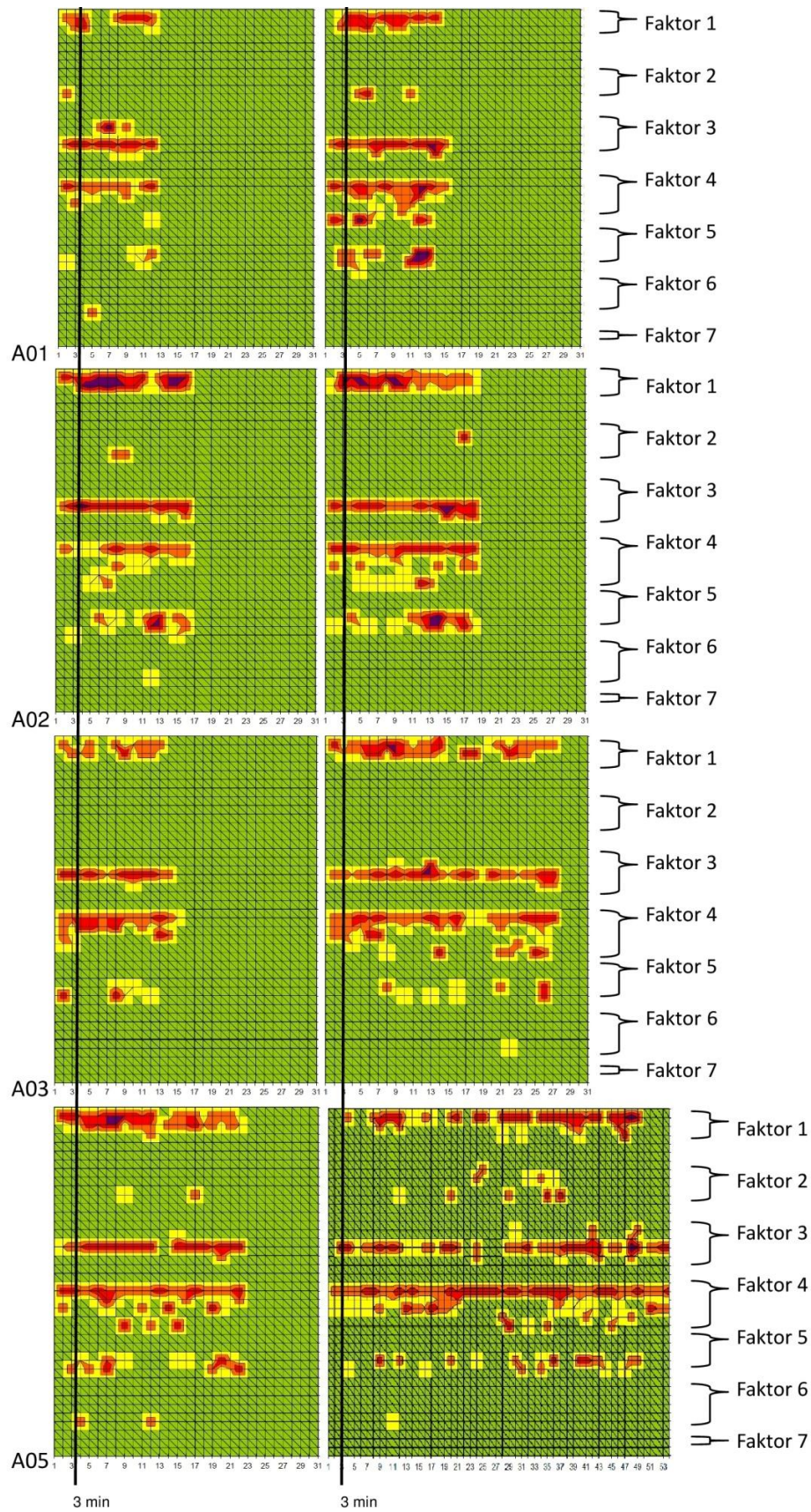


Abbildung 6: Überblick über die Thermografiken der beiden Gesprächstypen von A_01 bis A_05 mit Markierung der Eingangssequenz

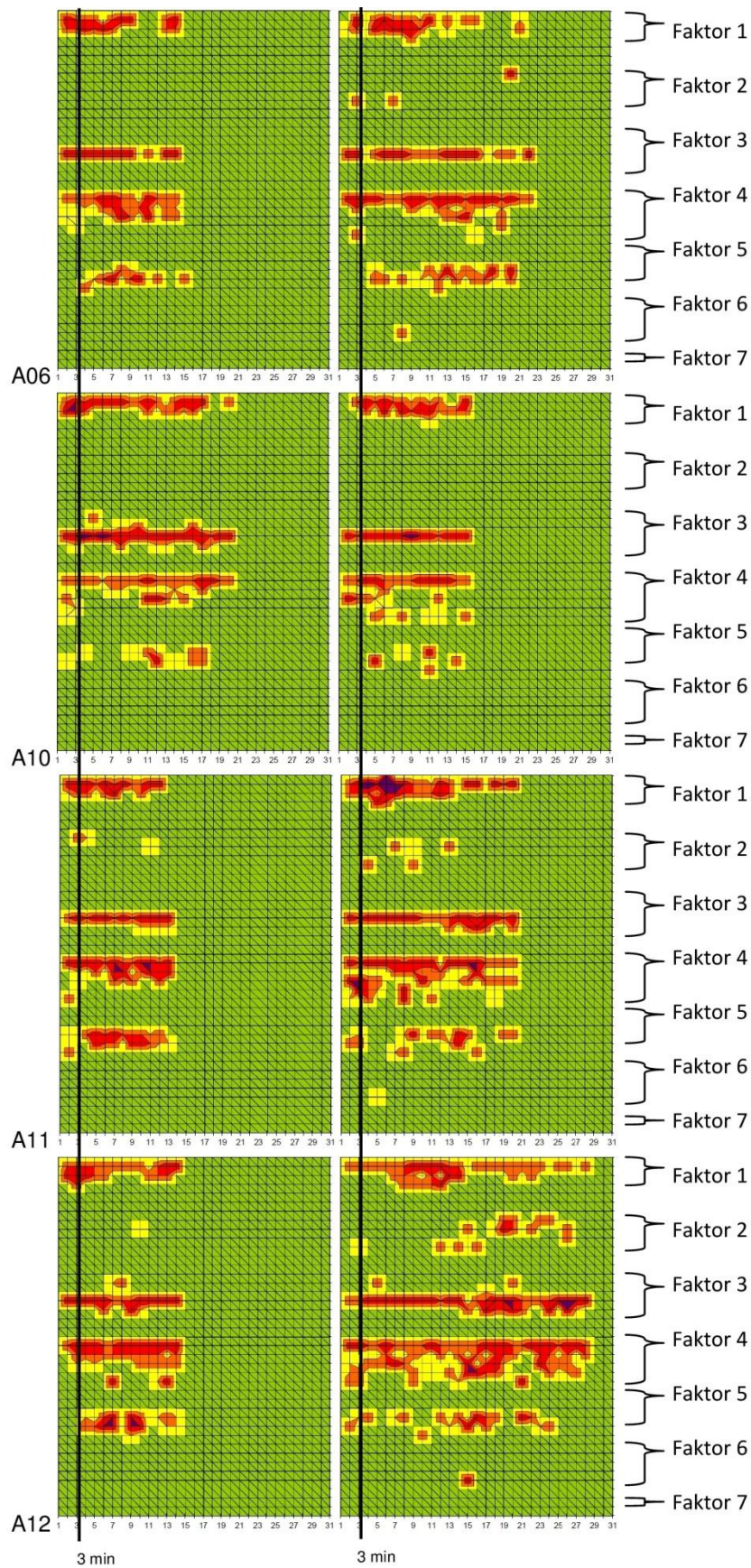


Abbildung 7: Überblick über die Thermografiken der beiden Gesprächstypen von A_06 bis A_12 mit Markierung der Eingangssequenz

4.2.2.2 Detaillierte Analyse der Faktorenzusammensetzung

Analyse von Faktor 4

Zu Beginn der Gespräche der Routineversorgung (Gesprächstyp I) wurden v. a. Interaktionen des Beziehungsaufbaus, der in den **Faktor 4** einfließt, festgestellt. Von Beginn der Gespräche an fand sich diese Beratungsqualität bei allen Ärzten. Dabei wurden in den einleitenden Minuten der Routinegespräche besonders zugewandtes Zuhören und „durch den Patienten zum Sprechen ermunternde Gesten“ (Item 10) festgestellt und kodiert. Die Hälfte der Ärzte bestärkte ihren Patienten bereits in den ersten drei Minuten darin, „Spezialist“ für sich selbst zu sein (Item 11) (vgl. Excel-Tabelle A_3 in Minute 1, 3–7, S. 125, A_6 in Minute 3, S. 128, A_11 in Minute 2, S. 130, A_12 in Minute 2–11, S. 131), wie die Kodierungen zeigen. Vereinzelt wurde festgestellt, dass die Ärzte an dieser Stelle auch auf das Vokabular ihres Patienten zurückgriffen (Item 16) (vgl. Excel-Tabelle A_03 in Minute 1–2, S. 125, A_06 in Minute 2, S. 128, A_10 in Minute 2, S. 129).

Im Vergleich dazu war der entsprechende Balken, der die Beratungsqualität der Beziehungsgestaltung, also Faktor 4, darstellt, im Gesprächstyp II deutlich breiter ausgeprägt. So wurden alle Elemente der Beziehungsgestaltung, die durch das RLI erfasst werden, sämtlich in den ausgewerteten Bilanzierungsdialogen bereits in den ersten Minuten der Gespräche aufgefunden.

Neben der Feststellung von Interaktionen, die auf eine empathische Grundhaltung schließen lassen (Item 10) und die teilweise hier intensiviert bewertet wurden, konnten außerdem Handlungen, die eine Anerkennung des Patienten als Experten darstellen (Item 11), erkannt werden. Weiterhin konnten in den ersten drei Minuten bei vier Ärzten Fragen zum Lebenskontext ihrer Patienten festgestellt werden (Item 23) (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 2–3, S. 123, A_06 in Minute 2, S. 128, A_11 in Minute 1, 3, S. 130, A_12 in Minute 1–2, S. 131). Wurde eine zusätzliche Minute in die Auswertung der Eröffnungsphase einbezogen, dann waren es insgesamt sechs Ärzte (vgl. Excel-Tabelle A_02 in Minute 4, S. 124, A_10 in Minute 4–5, S. 129), bei denen ein Interesse am Lebensumfeld des Patienten dokumentiert wurde. Damit verdreifachte sich gegenüber Gesprächstyp I die Anzahl der Ärzte, die von Beginn des Gespräches an am Lebenskontext des Patienten interessiert waren.

Außerdem versicherten sich Ärzte im Gesprächstyp II häufiger darüber, dass sie das Anliegen ihres Patienten auch richtig wahrgenommen haben (Item 5). Diese Vorgehensweise kann als intensivierte Möglichkeit der Kooperation mit dem Patienten zu Beginn einer

Sprechstunde betrachtet werden. Die Erkundung von Anliegen wurde häufig gleichzeitig mit Fragen zur Zukunft (Item 8, Faktor 3: Konkretisierung von Lösungen) festgestellt (vgl. Excel-Tabelle A_02 in Minute 16–17, S. 124, A_03 in Minute 25, S. 125, A_05 in Minute 36, 41, S. 127 ff., A_11 in Minute 14, 16, 19, S. 130, A_12 in Minute 14, 16–18, 23, 25, S. 131 ff.). Auch die Möglichkeit, durch gezielte Nutzung der Sprache des Patienten mit diesem eine gemeinsame Verständnisebene zu erreichen (Item 16), wurde bei vier Ärzten festgestellt und kodiert. Bei zwei Ärzten wurde eine solche Interaktion sogar als nachhaltig, also mit einer Intensität von „3“, beurteilt.

Die Interaktionen der Beziehungsgestaltung blieben auch im Verlauf der Gesprächsstruktur in beiden Gesprächstypen sehr präsent. Die Intensität im Gesprächstyp I, bezogen auf die Fertigkeit zur Gestaltung der Interaktionen, wurde zwischen „2“ und „3“ bewertet. Allerdings war eine Intensität von „3“ im Gesprächstyp I eher selten. Bei keinem Arzt wurden hier Aspekte dieses Wirkfaktors mit außerordentlich („4“) gewertet. Abweichend davon konnte die Thermografie allerdings verdeutlichen, dass durch die Kombination von mehreren diesbezüglichen Handlungen – abgebildet durch verschiedene Items – wenigstens bei einem Arzt an zwei Stellen seines Gespräches die stärkste Einfärbung (lila) verzeichnet werden konnte (vgl. Thermografie A_11 in Minute 3 und 16, S. 139).

Im Gesprächstyp II wurde eine Verlagerung der „Fragen nach dem Unterschied“ (Item 15) deutlich. Diese rückten, von der am ehesten als beginnende Anamnese zu betrachtenden Position, im Routinegespräch in das Kerngespräch bzw. sogar eher an das Ende der Gespräche. Die Intensität wurde dabei gesteigert bewertet (bis zu „2“). Fragen zu den Lebensumständen der Patienten (Item 23) wurden in den Folgegesprächen häufiger festgestellt. Alle Ärzte bauten Fragen zum Lebenskontext in ihre Gespräche ein (zwei Ärzte mehr als im Gesprächstyp I). Sowohl eine Steigerung der Anzahl der Minuten mit solchen Fragen wurde festgestellt als auch, dass diese mit einer gesteigerten Intensität bewertet wurden. Durch eine Interaktion, die mit dem Item 23 kodiert wurde, wurde zum ersten und einzigen Mal überhaupt eine sehr starke Intensität („4“) in einem Element der Beratungsqualität der Beziehungsgestaltung beurteilt (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 4, S. 123). Konkret bedeutet dies in der vierten Minute, dass der Arzt seinen Patienten gezielt auf seine Lebenssituation mit der Diabetes-Erkrankung anspricht und dabei sein Vorwissen aus anderen Gesprächen einbringt. Der Arzt erfragt hier ausführlich, wie der Patient die Diabetes-Erkrankung in sein Leben integriert. Zur beispielhaften Veranschaulichung folgt hier das Transkript.

Transkript der vierten Minute:

A28: Oder, oder kocht sie wie, wie immer?

P28: Nee, ich, ich komme so, nee, ´n bisschen mehr Gemüse, aber ich komme damit zurecht, so.

A29: Ja.

P29: Ich hab da noch nie Probleme gehabt, einmal war ich ´n bisschen unterzuckert. Da wurde es so komisch, da fing ich, kriegte ich richtig kalten Schweiß und dann, ich wußte ja, was los war. Ne?

A30: Ja, ja.

P30: Hab ich ´n Apfel gegessen und ´n bisschen getrunken, da ging es gleich wieder. /Hm./ Aber sonst hab´ich ...

A31: Aber sonst, belastet Sie der Zucker denn sehr?

P31: Nee, überhaupt nicht.

A32: Überhaupt nicht?

P32: Überhaupt nicht.

A33: Haben Sie Ihr Leben äh irgendwie ändern müssen?

P33: Nee.

A34: Damals, erinnere ich mich, haben Sie noch mal so gefragt, ähm, Gesangsverein sind Sie doch? /Ja./ Ja, wie mach ich das denn dann, wenn wir Versammlung haben? Und so? Und da wird immer noch mal gegessen./ Ja. Ja./ Und wie machen Sie das nun?

(Ende vierte Minute.)

Analyse von Faktor 1

Auch die Problemanalyse, dargestellt mit **Faktor 1**, bekam gleich zu Beginn der acht ausgewerteten herkömmlichen Konsultationen einen großen Raum in der hausärztlichen Routineversorgung, wie durch die Thermografiken deutlich wurde. So konnten am Anfang der Gespräche des Gesprächstyps I Interaktionen festgestellt werden, die einen Gesprächsfokus auf den Pathologien der Patienten legten (Item 7). Außerdem wurden Fragen zu dem Themenkomplex der Problemstellung des jeweiligen Patienten festgestellt (Item 2). Diese vertiefenden Fragen wurden ebenfalls zu Beginn aller Routinegespräche gefunden, wenn auch die Bewertung mit einer schwächeren Intensität als Interaktionen, die durch das Item 7 kodiert werden, ausfiel.

Im Vergleich der beiden Gesprächstypen wurde festgestellt, dass die Erhebung der krankheitsbezogenen Aspekte im Gesprächstyp II zwar auch schon in der Anfangssequenz begonnen wurde, jedoch später als in den Routinekonsultationen: Bei drei Ärzten wurde in der ersten Minute keine Interaktion des Faktors 1 festgestellt (A_01, A_05, A_10) und bei vier weiteren Ärzten traten entweder nur defizitorientierte Fragen (Item 7) (A_02, A_06) oder nur Fragen, die die Patienten zum Nachdenken über die eigene Problematik anleiten

(Item 2) (A_03, A_12) auf, als einzige Interaktion dieser Beratungsqualität in der ersten Minute. Dem gegenüber wurde in den ersten Minuten der herkömmlichen Gespräche bei der Hälfte der Ärzte (A_06, A_10, A_11, A_12) ein gemeinsames Auftreten dieser entsprechenden Interaktionen, die durch Item 7 und 2 dargestellt werden, festgestellt und bei der anderen Hälfte der Ärzte jeweils zumindest eine der beiden Interaktionen als besonders ausgeprägt bewertet. Weiterhin fiel auf, dass im Gesprächstyp II keine Situation mehr mit einer maximalen Intensität („4“) für das Item 7 bewertet wurde und dass auch Interaktionen, die mit einer Intensität von „3“ beurteilt wurden, seltener als im Gesprächstyp I waren¹. Dies kann insgesamt als Verringerung der defizitorientierten Problemanalyse im Gesprächstyp II im Vergleich zum Gesprächstyp I gedeutet werden. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen kann in der salutogenen Herangehensweise an die Problemstellungen des Patienten im hier erprobten Bilanzierungsdialog gesehen werden. Auch konnte im Gesprächstyp II außerdem eine Zunahme des gleichzeitigen Vorkommens von starken Intensitäten (mindestens „3“) der Problemreflexion (Item 2) und des Rapports (Item 10) beobachtet werden (Gesprächstyp I bei vier Ärzten finden sich insgesamt elf Minuten mit Item 2 und 10 mit „3“, im Gesprächstyp II finden sich bei sechs Ärzten insgesamt 28 Minuten mit einer Intensität von mindestens „3“ bei beiden Items).

Die Verläufe der Thermografiken verdeutlichen, dass die Problemanalyse im Gesprächstyp I bei den Ärzten beinahe durchgängig festgestellt wurde. Bei vier Ärzten wurde in ihren Gesprächen jeweils eine Unterbrechung von maximal zwei Minuten festgestellt (A_01, A_03, A_06, A_10). Damit wurde die Relevanz der Problemanalyse im hausärztlichen Gespräch evident. Von diesen Items kamen – wie bereits in der Eröffnungsphase der Gespräche – v. a. Interaktionen zweier Items in der Thermografik vor. Dabei handelte es sich um Interaktionen, die mit Item 2 und 7 kodiert werden. Handlungen dieser beiden Items wurden über längere Abschnitte bestimmt und mit einer mittleren Intensität bewertet. Das Item 7 wurde dabei einmalig (vgl. Excel-Tabelle A_02, in Minute 6, S. 124) mit der maximalen Intensität („4“) bewertet. Die vorgefundenen Kodierungen können also bei mindestens vier Ärzten in der herkömmlichen Versorgung für eine defizitorientierte Haltung stehen.

¹ Bsp. A_02 im GT I sieben Minuten enthalten eine Wertung von „3“, zwei Minuten eine Wertung von „4“ bezogen auf das Item 7 bei 15 Minuten Gesprächsdauer, im GT II nur noch sechs Minuten mit einer Wertung von „3“, keine Wertung von „4“ bezogen auf das Item 7 bei einem Gespräch von 17 Minuten oder A_05 im GT I vier Minuten enthalten eine Wertung von „3“, insgesamt 13 weitere Minuten eine Wertung von „1“ oder „2“ bezogen auf das Item 7 bei 21 Minuten Gesprächsdauer, im GT II nur noch sieben Minuten mit einer Wertung von „1“ oder „2“, keine Wertung von „3“ bezogen auf das Item 7 bei einem Gespräch von 53 Minuten).

Auch im Gesprächstyp II war die Problemanalyse im Verlauf der Gespräche durchgehend. Im Vergleich zum Gesprächstyp I wurden im Gesprächstyp II neue Interventionsmöglichkeiten bestimmt: Handlungen, die der Fokussierung auf das Problemerleben dienlich waren (Item 18). Diese wurde v. a. in der Mitte des Gespräches dokumentiert: Bei drei Ärzten wurden Interaktionen, die mit dem Item 18 kodiert wurden, jeweils eine Minute lang festgestellt und mit Intensitäten zwischen „1“ und „3“ bewertet (A_02, A_03, A_11). Eine Hinwendung zu der Entstehungsgeschichte der patienteneigenen Problematik (Item 21) wurde auch von den zwei Ärzten, bei denen das bereits im Gesprächstyp I feststellbar war, beibehalten (A_05, A_12). Außerdem gab es im Gesprächstyp II drei weitere Ärzte (A_06, A_10, A_11), die die Entstehung des Patientenproblems thematisierten. Die Fragen in Richtung des Problems wurden in der Mitte der Gespräche gestellt. Die Intensität wurde zwischen „1“ und „3“ bewertet. Insgesamt wurden im Gesprächstyp II alle Items der Problemanalyse mit starken Intensitäten bewertet (vgl. Excel-Tabelle A_02 in Minute 3 – 6, 8 – 10, S. 124, A_03 in Minute 8 – 9, S. 125, A_05 in Minute 47 – 49, S. 127, A_11 in Minute 3 – 8, S. 130). Förmlich wurde durch die stärkere Akzentuierung des Items 2 sowie durch die Interaktionen der Items 18 und 21 eine veränderte Problemanalyse im Sinne eines Bilanzierungsdialogs möglich. So wurden die Problemanalyse zum gemeinsamen Anliegen und defizitorientierte Zuschreibungen von Seiten des Arztes (Item 7) im Vergleich zum Gesprächstyp I seltener. Diese Veränderungen sind ein deutlicher Hinweis auf ein verstärktes patientenzentriertes Vorgehen.

Analyse von Faktor 3

In den ersten Minuten der analysierten Gespräche wurden außerdem in beiden Gesprächstypen bei allen Ärzten in den Interventionsstrukturen Handlungen, die mit dem Item 13 kodiert werden, das in die Beratungsqualität der Lösungsfindung, **Faktor 3**, eingeht, festgestellt. Dieses Item 13 beinhaltet in seiner Konzeption sowohl die Expertenmeinung des Arztes als auch dessen Gesprächssteuerung. In der Eröffnungsphase der Gespräche wurden solche Handlungen verstärkt festgestellt und mit hohen Intensitäten bewertet, wie in den Excel-Tabellen ersichtlich ist und an den intensiv gefärbten Balken der Thermografiken erkennbar wurde. Denkbar ist dabei, dass es sich dabei aufgrund der Position im Gespräch um Gesprächssteuerungen durch die Ärzte handelt. In der einleitenden Sequenz der Folgegespräche hörten hingegen zwei Ärzte in einer der Anfangsminuten ausschließlich zu (vgl. Excel-Tabellen A_05, S. 126, A_06, S.128). Die Steuerung der Gespräche kann im Gesprächstyp II zu Beginn der Gespräche also als schwächer betrachtet werden.

Andere Elemente des Faktors 3, der explizites Fokussieren von Lösungen darstellt, wurden in den einleitenden Sequenzen beider Gesprächstypen nicht gefunden (mit einer Ausnahme: Item 8, Zukunftsorientierung in einer Minute mit einem Intensitätswert von „1“, vgl. Excel-Tabellen A_10 Erstdokumentation in Minute 2, S. 129).

Die Beratungsqualität der Lösungsfindung wurde nach den ersten Minuten in allen Gesprächen der beiden Gesprächstypen festgestellt. Dabei konnte bestimmt werden, dass die Interaktionen, für die das Item 13 kodiert wurde, in allen Gesprächen – mit Ausnahme von zweien (vgl. Excel-Tabellen A_05 in Erstdokumentation in Minute 12, 13, S. 126, A_06 in Erstdokumentation in Minute 9, S. 128) – durchgehend dokumentiert wurden. Die Intensität der Lösungsfindung wurde nach dem eröffnenden Abschnitt in den herkömmlichen Gesprächen etwas stärker bewertet. In dieser Beratungsqualität wurden maximale Intensitätsausprägungen in der Thermografie ersichtlich. Neben diesen Aspekten des Faktors 3, die die Gesprächssteuerung, Expertenmeinung und Ratschläge des Arztes darstellen, traten andere Handlungen, die mehr Reaktion von Seiten des Patienten nach sich ziehen, nur sehr punktuell auf.

Während beim Gesprächstyp I lediglich bei zwei Ärzten Pausen der Gesprächssteuerung bzw. der Expertenratschläge festzustellen waren (vgl. Excel-Tabellen A_05 in Minute 12, 13, S. 126, A_06 in Minute 9, S. 128), kamen in den Folgegesprächen weitere Pausen bei zwei weiteren Ärzten hinzu (vgl. Excel-Tabellen A_03 in Minute 18, S. 125, A_05 in Minute 1, 12, 14, 17, 21, 22, 24–27, 32, 43, 49, S. 126 ff., A_06 in Minute 3, 20, S. 128, A_12 in Minute 14, S. 131), sodass in den Gesprächen des Gesprächstyps II nur noch die Hälfte der Ärzte in ihrer Interventionsstruktur durchgängig das Gespräch steuerte oder Ratschläge gab. Dieser Rückgang spricht möglicherweise für eine stärkere Ausrichtung an der Agenda der Patienten und einer schwächeren Gesprächssteuerung durch die Ärzte.

In den Gesprächen des Gesprächstyps II wurde bei drei Ärzten minutenweise keine von ihrer Seite aktiv thematisierte Problemlösung festgestellt (vgl. Excel-Tabellen A_03 in Minute 18, S. 125, A_05 in Minute 1, 12, 14, 17, 21, 22, 24–27, 32, 43, 49, S. 126 ff., A_06 in Minute 3, 20, S. 128).

Im Gesprächstyp II gewann die Zukunftsperspektive einen deutlichen Anteil an den Gesprächen, wie aus den Thermografiken erkenntlich wurde. Während in den herkömmlichen Gesprächen Handlungen, die mit dem Item 8 kodiert werden, zwar festgestellt wurden, aber dort nur einmal mit einer Intensität von „3“ bewertet wurden (vgl. Excel-Tabelle A_12 in Minute 8, S. 131) und sogar meist nur mit einer Intensität „1“ beurteilt wurden, wurde die Fertigkeit dieser Handlungen im Gesprächstyp II mit einer Intensität von „3“ in

vier Gesprächen beurteilt (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 13, S. 123, A_02 in Minute 14,17, S. 124, A_11 in Minute 15, S. 130, A_12 in Minute 16, 19, 23, 25, S. 131 ff.). Außerdem nahm die Zukunftsperspektive, wie man an der Anzahl der Minuten mit diesbezüglichen Interaktionen erkennen kann, auch in den Gesprächen zeitlich mehr Raum ein. In den Gesprächen des Gesprächstyps II wurde der Zukunftsaspekt auch deutlich am Ende der Gespräche thematisiert. Dabei handelte es sich um eine deutliche Veränderung der Gesprächsweise der Ärzte.

Analyse von Faktor 2

Die Beratungsqualität der Zielaktualisierung, **Faktor 2**, führte schon in der Anfangssequenz der beiden Gesprächstypen zu Unterschieden: In den Gesprächstypen II zeigte sich, dass drei Ärzte ihr Gespräch zu Beginn der Konsultation mit Aspekten der Zielaktualisierung führten (vgl. Excel-Tabelle A_06 in Minute 2, S. 128, A_11 in Minute 3, S. 130, A_12 in Minute 2, S. 131) und damit konnte eine in der gesamten Routineversorgung weitgehend unbeachtete Beratungsqualität bereits bei drei Ärzten in der ersten Phase der Bilanzierungsdialoge festgestellt werden.

In den analysierten Gesprächen der herkömmlichen Versorgung ließ sich zur Zielaktualisierung im Gesprächsverlauf im Vergleich zu den eröffnenden Minuten festhalten, dass eine neues Handlungselement, nämlich die Anregung des Patienten, sein Ziel zu äußern (Item 9) verzeichnet wurde (vgl. Excel-Tabelle A_11 in Minute 10, S. 130, A_12 in Minute 9, S. 131). Nur bei drei Ärzten wurden keinen Handlungen des Faktors 2 in ihrer Interventionsstruktur festgestellt (A_03, A_06, A_10).

Die Auswertung der Folgedokumentationen zeigte, dass es sich um eine in den Folgegesprächen offensichtlich veränderte Beratungsqualität handelte: So kann die Zielaktualisierung in ihrer Gesamtheit – abgesehen von Interaktionen zur Aufdeckung von Unterschieden (Item 15) – als neue Möglichkeit der Intervention gesehen werden. Dabei wurde die Zielaktualisierung in der Thermografie als eine Beratungsqualität deutlich, deren Interaktionen punktuell festgestellt werden können und ferner noch nicht in allen Gesprächen wiedergefunden wurden. Gleichzeitig wurden jedoch bei der Hälfte der Ärzte neue Elemente in ihrer Interventionsstruktur (A_02, A_05, A_06, A_12) dokumentiert. Bei der anderen Hälfte bauten zwei Ärzte, die bereits im Gesprächstyp I ein Element der Zielaktualisierung hatten, dieses durch ihre Handlungen weiter aus (A_01, A_11). Dies bedeutete konkret, dass bei der Hälfte der Ärzte festgestellt wurde, dass der Patient zu seinen Zielen befragt wurde (Item 9). Bei einem Viertel der analysierten Ärzte wurden diese Interaktionen sogar

mit einer Intensität von „3“ beurteilt (vgl. Excel-Tabelle A_02 in Minute 16, S. 124, A_12 in Minute 18, S. 131 ff.).

Während das explizite Zielerleben (Item 22) nur bei einem Arzt (A_12) festgestellt wurde, konnten Aufforderungen ein Ziel zu spezifizieren (Item 14) als neues Element in den Gesprächen des Gesprächstyps II mehrfach bestimmt werden (vgl. Excel-Tabelle A_05 in Minute 24, S. 126, A_06 in Minute 20, S. 128, A_12 in Minute 18, 19, 22, 23, S. 131). Die ärztliche Aufforderung das eigene Ziel zu spezifizieren (Item 14), wurde in drei Gesprächen festgestellt und mit einer Intensität von „2“ und „3“ gewertet. Bei zwei Ärzten zeigte die Thermografik, dass Handlungen des Items 14 auf die des Items 9 folgten (A_05, A_12).

Analyse von Faktor 5

Bereits von Gesprächsbeginn an wurden in der Kommunikation Aspekte, die der Ressourcenentwicklung und Kompetenzentwicklung, dem **Faktor 5**, zugeordnet werden, in beiden Gesprächstypen festgestellt. Diese wurden in allen ausgewerteten Konsultationen der herkömmlichen Versorgung, dem Gesprächstyp I, dokumentiert. Die Ausprägung der Beratungsqualität bot eine große Spannbreite je nach Arzt von einer kurzen Feststellung der Elemente des Faktors bspw. von Anerkennung (Item 1) und Fragen zu Ressourcen (Item 4) zu Beginn und am Ende einer Konsultation (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 1, 9–11, S. 123) bis hin zu einer konstanten Feststellung dieser Handlungen (vgl. Excel-Tabelle A_12 in Minute 3–6, 8,9, 11–13, S. 131). Auch im Gesprächstyp II fiel die Ressourcenentwicklung sehr unterschiedlich aus: So konnten Hilfestellungen des Arztes zum Erkennen von Ressourcen (Item 4) zwar dokumentiert werden, jedoch über die Gesprächsverläufe hinweg an keiner bestimmten Position im Gespräch lokalisiert werden. Bei zwei Ärzten (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 11, 12, S. 123, A_02 in Minute 13, S. 124) wurden Handlungen in diesem Sinne mit der maximalen Intensität („4“) bewertet. Die Feststellung von anerkennenden Worten (Item 1) war im Gesprächstyp II rückläufig. Die Verwendung wurde jedoch weiterhin konstant in allen Gesprächen mit den gleichen Intensitäten („1–3“) bewertet. Bei drei der vier Ärzte, bei denen bereits im Gesprächstyp I festgestellt wurde, dass sie nach Ausnahmen fragten (A_06, A_11, A_12), die das Problem des Patienten betreffen (Item 3), wurde diese Art der Intervention im Gesprächstyp II ebenso dokumentiert. Insgesamt gab es fünf Ärzte, bei welchen mit einer geringen Intensität v. a. in der Mitte der Gespräche auf diese Weise die Erkundung der Ressourcen des Patienten festgestellt wurde. Durch die verdichtete Feststellung von Interaktionen und die gleichzeitige Kodierung von mehreren Elementen des Faktors (A_01, A_02, A_06, A_10, A_11, A_12) erhielt die Kompetenzentwicklung in der Interaktionsstruktur der Ärzte im

Gesprächstyp II neue Akzente und damit mehr Gewicht.

Analyse von Faktor 6

Während das Unterbrechen der Situation oder der Kommunikation (Item 12) durch den Arzt in den Videoaufzeichnungen der herkömmlichen Sprechstunde eher als eine Ausnahme festgestellt wurde und deshalb selten kodiert wurde (vgl. Excel-Tabelle A_01 in Minute 4, S. 123, A_05 in Minute 3, 11, S. 126), wurden Handlungen des **Faktors 6** im Gesprächstyp II häufiger festgestellt und damit auch in der Thermografie häufiger sichtbar. Die Feststellung, dass im Gespräch die bis dahin andauernde Kommunikationsweise mindestens in einer Minute unterbrochen wurde, führte bei insgesamt fünf Ärzten zur Kodierung des Items 12 (vgl. Excel-Tabelle A_03 in Minute 21, S. 125, A_05 in Minute 10, S. 126, A_06 in Minute 7, S. 128, A_11 in Minute 5, S. 130, A_12 in Minute 14, S. 131). Die Intensität war zu meist mit „1“ gewertet worden, ein Arzt (A_12) erhielt auch eine „3“ in der Intensität. Zur Verdeutlichung einer Musterunterbrechung folgt der Auszug aus der 21. Minute des Folgegesprächs von A_03. In dieser Minute wird die Asthmamedikation der Patientin besprochen. Der Arzt fragt die Patientin unvermittelt, wie oft sie nach Dänemark fahre, und leitet damit einen abrupten Themenwechsel ein. Dieser Themenwechsel wurde mit einer Intensität von „1“ gewertet. Weitere Möglichkeiten einer Musterunterbrechung sind bspw. das Erzählen eines Witzes oder auch das Verlassen des Raumes. Durch die Musterunterbrechung kann dem Gespräch eine neue Richtung gegeben werden. So bekommt das Beispielgespräch in den folgenden Minuten eine positivere Stimmung. Die Musterunterbrechung dient in den Folgegesprächen möglicherweise auf diese Weise der Gesprächshinwendung zu den Ressourcen der Patienten. Ebenso denkbar ist, dass ein situationsbedingt erforderliches Vorgespräch nur durch eine solch „starke“, die richtungsverändernde Intervention, die dann als eine Musterunterbrechung kodiert wird, hin zu einem Bilanzierungsdialo geleitet werden kann.

Transkript der 21. Minute:

- P65: Und, wenn Sie dabei sind, also, wenn Sie meinen, dass ich auch noch mehr so Dicorobin, falls wir so in den Sommer hinein kommen,/ **Ja. Gut.**/, dann brauche ich auch eine neue Spray, /**Gut.**/ da geht auch ´n bisschen zur Neige./ **Ja. Ja.**/ Und dann ist die Frage, ob Sie diese Arsenbehandlung weiter fortsetzen? Letztes Mal waren wir auf LM.
- A65: 24.**
- P66: 24. Ne?
- A66: Ja? Wenn es da schon ´n bisschen trocken wird, dann würde ich bei LM24 bleiben.**
- P67: Dann brauche ich ´ne Neue.
- A67: Ja. Genau. Und ähm.**
- P68: Und der LMD12 nehme ich ja nachts, ne?

A68: Genau, ja.

P69: Und das, was sehr hilfreich, glaube ich./ Ja./ Das hat wirklich den Spuk, so diese nächtliche ähm Sache da ´n bisschen ausgeräumt.

A69: N bisschen geglättet. Ja. [schreib] (..)

P70: Und das Kaliumjodatum meine ich, das ist auch für mich ganz toll.

A70: Brauchen Sie da noch irgendwo?

P71: Nein, da habe ich, da haben Sie ´ne große Flasche gegeben.

A71: Ja? (..) Gut, also, Sie brauchen den Spray, Symbikort, der andere heißt Salbulär, das ist auch die gleiche Technik, wo man aktiv reinziehen muss.

P72: Ja, also Salbulär, Symbikort und den Arsen.

A72: Genau. Ja. Alles klar.

P73: Und dieses Sulfurferrum, also, da merke ich überhaupt keinen Unterschied, /Ja./ ob ich es nehme oder nicht. Also, das scheint nicht zu gehen, aus irgendeinem Grund.

A73: Ja. [schreib] (..) Wie oft fahren Sie nach Dänemark?

P74: Ja. Also, jetzt zwei Wochen zu Ostern. /Genau./ Ne? Und dann werde ich versuchen, so den Strand da entlang zu joggen. Ne?/Ja./ Weil diese salzige Luft, die ist so schön. /Ja, ja, ja, ja, eben, ja. /Das ist ja nicht so ein Reiz-...

A74: Da geht es Ihnen auch immer gut?

(Ende der 21. Minute.)

4.3 Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen

Die acht Videoaufzeichnungen aus der herkömmlichen hausärztlichen Versorgung ergaben eine Gesamtdauer von 119 Minuten. Dabei betrug die durchschnittliche Dauer eines herkömmlichen Gespräches zwischen einem Patient mit einer chronischen Erkrankung und seinem Hausarzt 15 Minuten. Im hiesigen Setting beanspruchte die kürzeste Konsultation 11 Minuten und das längste Gespräch 21 Minuten.

Demgegenüber betrug die Dauer eines Folgegesprächs im Durchschnitt rund 24 Minuten, wobei die Zeitspanne zwischen 14 und 53 Minuten variierte. Insgesamt wurden hier auf Grundlage der acht Videoaufzeichnungen der Folgegespräche, die einem Bilanzierungsdialog entsprechen sollten, 191 Minuten ausgewertet.

4.3.1 Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen mittels RLI

In der Gesamtheit der ausgewerteten hausärztlichen Gespräche konnten sechs der sieben verschiedenen Beratungsqualitäten einer Konsultation, die der RLI abzubilden vermag, festgestellt werden.

Eine der Beratungsqualitäten wurde in dem vorhandenen Material, das dem hausärztlichen Setting entstammt, nicht wiedergefunden. Hierbei handelt es sich um **Faktor 7** (Reframing). Mit diesem Faktor, der nur aus dem Item 6 besteht, wird die Möglichkeit beschrieben, dass der Therapeut versucht, seinem „Klienten dabei zu helfen, sein Problem

zu lösen, indem er es in einem anderen Kontext sieht und so neue Bedeutungen konstruieren kann“ (Kasper und Geiger 2006, S. 11). Eine solche Handlung war in keinem der ausgewerteten Videoaufzeichnungen zu beobachten.

Die folgende Tabelle 9 bietet einen Überblick über die Veränderung der Faktorenanteile bei dem jeweiligen Arzt bzw. der Ärztin in beiden Gesprächstypen. Die erste Spalte zeigt an, um welchen Arzt und um welches Gespräch es sich handelt. Dabei steht A für Arzt, die folgende Nummer ist die Nummer des Arztes aus dem Projekt und „E“ steht für Erstdokumentation in der herkömmlichen Versorgung mit Gesprächstyp I, „F“ steht für die Folgedokumentation mit Gesprächstyp II.

Aus der zweiten Spalte kann die Dauer des jeweiligen Gesprächs entnommen werden und die entsprechende Differenz zwischen beiden Gesprächen. Die folgenden Spalten zeigen die Veränderung in den Faktoren an. Dabei steht „F“ für Faktor und die Nummer steht für die Nummer des Faktors im Manual. Die Buchstaben beschreiben in Kurzform den Faktor (PA: Problemanalyse, ZA: Zielaktualisierung, KL: Konkretisierung von Lösungen, BG: Beziehungsgestaltung, RO: Ressourcenorientierung, AD: Alternatives Denken, RF: Reframing).

Die unter dem jeweiligen Faktor stehenden Werte entsprechen dem jeweiligen Vorkommen eines Faktors im Verlauf eines Gespräches, dabei können die Kodierungen der einzelnen Minuten von „0“ = gar nicht wahrgenommen bis „4“ = außerordentlich wahrgenommen reichen. Die Faktorenwerte wurden, wie im Methodenteil *Kapitel 3.3.4.1 Vorgehen bei der quantitativen Analyse der Daten mittels RLI* beschrieben, gewonnen.

Tabelle 9: Veränderung der Faktorenwerte zwischen GT I u. GT II

Code	Minuten	F1_PA	F2_ZA	F3_KL	F4_BG	F5_RO	F6_AD	F7_RF
A_01_E	11,00	0,57	0,05	0,91	1,27	0,15	0,09	0,00
A_01_F	14,00	0,77	0,13	0,73	1,33	0,69	0,00	0,00
Differenz	3,00	0,20	0,08	-0,18	0,06	0,54	-0,09	0,00
A_02_E	15,00	1,15	0,07	0,78	1,24	0,51	0,03	0,00
A_02_F	17,00	0,96	0,04	0,76	1,40	0,69	0,00	0,00
Differenz	2,00	-0,19	-0,02	-0,02	0,16	0,18	-0,03	0,00
A_03_E	14,00	0,45	0,00	0,59	1,59	0,24	0,00	0,00
A_03_F	26,00	0,72	0,00	0,62	1,37	0,18	0,02	0,00
Differenz	12,00	0,27	0,00	0,03	-0,22	-0,06	0,02	0,00
A_05_E	21,00	0,92	0,04	0,65	1,38	0,38	0,10	0,00
A_05_F	53,00	0,52	0,09	0,52	1,46	0,23	0,01	0,00
Differenz	32,00	-0,40	0,05	-0,14	0,08	-0,15	-0,09	0,00
A_06_E	14,00	0,71	0,00	0,57	1,61	0,48	0,00	0,00
A_06_F	21,00	0,58	0,08	0,55	1,51	0,56	0,05	0,00
Differenz	7,00	-0,13	0,08	-0,02	-0,10	0,08	0,05	0,00
A_10_E	19,00	0,76	0,00	0,97	1,40	0,32	0,00	0,00
A_10_F	14,00	0,84	0,00	0,73	1,34	0,26	0,00	0,00
Differenz	-5,00	0,08	0,00	-0,24	-0,06	-0,05	0,00	0,00
A_11_E	12,00	0,85	0,08	0,75	1,75	1,08	0,00	0,00
A_11_F	19,00	1,04	0,12	0,80	1,72	0,54	0,03	0,00
Differenz	7,00	0,19	0,04	0,05	-0,03	-0,54	0,03	0,00
A_12_E	13,00	0,90	0,02	0,87	1,77	0,87	0,00	0,00
A_12_F	27,00	0,74	0,27	0,88	1,79	0,43	0,06	0,00
Differenz	14,00	-0,16	0,25	0,01	0,02	-0,44	0,06	0,00

Die Faktorenwerte der acht Ärzte aus Tabelle 9 wurden zusammengefasst und der Mittelwert und die Standardabweichung zum Zeitpunkt der Erstdokumentation (ED) mit Gesprächstyp I und der Folgedokumentation (FD) mit Gesprächstyp II ermittelt (vgl. Tabelle 10: Effektstärke Cohen's d).

Diese Berechnungen zeigen, dass in den Gesprächen durchweg die Beziehungsgestaltung im Zentrum der herkömmlichen hausärztlichen Gespräche stand. In den Videoaufzeichnungen, die zum Zeitpunkt der Erstdokumentation aufgezeichnet wurden, folgten der Beziehungsgestaltung die Problemanalyse und dann das Konkretisieren von Problemlösungen. Dabei wurden die Ressourcen der Patienten – wenn auch nachrangig – mit einbezogen. Selten hingegen wurden Ziele der Patienten selbst zum Thema.

Die Videoaufzeichnungen der Folgedokumentation zeigen, dass in den Gesprächen des Gesprächstyps II ebenfalls die Beziehungsgestaltung das Hauptelement war. Auch die weiteren Wirkfaktoren folgten in gleicher Reihenfolge. Es scheint also ein generelles „Gesprächsmuster“ zu geben, das Prioritäten in den Anteilen der Faktoren hervorbringt, die sich dann sowohl im Gesprächstyp I als auch im Gesprächstyp II wiederfinden.

Zur statistischen Überprüfung der Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse wurde wiederum die Effektstärke mittels *Cohen's d* herangezogen (vgl. *Kapitel 3.3.4.1 Vorgehen bei der quantitativen Analyse der Daten mittels RLI*). Cohen nahm an, dass Ergebnisse zwischen 0,2 und 0,5 einen kleinen Effekt, zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren und Ergebnisse größer als 0,8 einen starken Effekt darstellen. Diese statistische Größe zeigt, ob ein Ergebnis unter „Berücksichtigung eines Restrisikos noch durch Zufall zustande gekommen sein kann, oder nicht“ (Lenhard 2016, S. 1).

Tabelle 10: Effektstärke Cohen's d

Variable	Mittelwert GT I	STD GT I	Mittelwert GT II	STD GT II	Cohen's d
Faktor1_PA	0,79	0,22	0,77	0,17	0,10
Faktor2_ZA	0,03	0,03	0,09	0,09	1,00
Faktor3_KL	0,76	0,15	0,7	0,13	0,43
Faktor4_BG	1,5	0,21	1,49	0,17	0,05
Faktor5_RO	0,5	0,32	0,45	0,2	0,19
Faktor6_AD	0,03	0,04	0,02	0,02	0,33
Faktor7_RF	0	0	0	0	
Minuten	14,88	3,44	23,88	12,74	1,11

Die Tabelle 10 stellt zentral die Mittelwerte und Standardabweichungen (STD) der Faktoren zum jeweiligen Gesprächszeitpunkt dar. Dabei steht GT I für den Gesprächstyp I und GT II für das Gespräch der Folgedokumentation mit dem Gesprächstyp II. Außerdem

sind die durchschnittliche Dauer des jeweiligen Gesprächstyps sowie die Standardabweichung angegeben.

Aus der Berechnung geht hervor, dass Faktor 1 (Problemorientierung), Faktor 4 (Beziehungsgestaltung) und Faktor 5 (Ressourcenorientierung) unterhalb der von Cohen als kleiner Effekt definierten Grenze lagen. Dabei ist die Standardabweichung bei den Faktoren 1 und 4 vergleichbar. Faktor 5 (Ressourcenorientierung) zeigte eine deutlich größere Standardabweichung zum Zeitpunkt der ersten als zum Zeitpunkt der zweiten Dokumentation – eine Beobachtung, die sich auch in den Standardabweichungen der meisten anderen Faktoren wiederfindet. Das kann bedeuten, dass die Ärzte sich in ihrer jeweiligen Routine stärker unterschieden, als sie das bei der Anwendung eines Bilanzierungsdialogs tun. Möglicherweise kommt dies durch die unterschiedlichen Zusatzausbildungen der Ärzte zustande (z. B.: Homöopath) und es scheint, als ob sich die Ärzte durch den gemeinsamen Qualitätszirkel bzgl. ihres Vorgehens im Gesprächstyp II homogenisieren.

Weiterhin zeigt die Tabelle 10, dass Faktor 3 (Konkretisieren von Lösungen), ein sehr wichtiges Element des Bilanzierungsdialogs, bei gleicher Standardabweichung immerhin einen kleinen Effekt aufweist. Der Faktor 2, welcher die Zielorientierung abbildet, zeigt in dieser Arbeit einen starken Effekt und ist damit der Faktor mit dem größten Effekt aller Faktoren (vgl. Tabelle 11 und Tabelle 12).

Außerdem geht aus der Tabelle hervor, dass der Effekt der zeitlichen Veränderung der Gespräche (Anzahl der Gesprächsminuten) als hochgradig bedeutsam anzusehen ist. Das entspricht der Konzeption des Bilanzierungsdialogs.

Die statistische Überprüfung ergab damit, dass gerade diejenigen Faktoren, die charakteristische Elemente des Bilanzierungsdialogs sind (ZA und KL), hier auch einen deutlicheren Unterschiedseffekt im Vergleich der beiden Gesprächstypen haben. Dies ist umso beachtenswerter, da bei voneinander abhängigen Vergleichswerten in der Regel eher kleine Unterschiede und damit kleine Effekte zu erwarten sind.

Man kann die in Tabelle 10 gezeigten Ergebnisse zusammenfassend so beschreiben: Die in den Werten von *Cohen's d* ausgedrückten Veränderungen der Faktorenmittelwerte von Gesprächstyp I zu Gesprächstyp II (kleine Veränderung = kleine Effektstärke, große Veränderung = große Effektstärke) zeigen, dass fast alle Faktoren hier in einer zusammengefassten Form allenfalls kleine Veränderungseffekte aufzeigen. Lediglich einer der Faktoren, Faktor 2 (Zielaktualisierung), weist einen starken Veränderungseffekt auf. Auch aus diesem Grund und da die vorangegangene Analyse ein breites Spektrum an Items im Gesprächstyp II zeigte, wurde entschieden, noch weitere Berechnungen zu Veränderungen zwischen

den Gesprächstypen I und II auf Itemebene durchzuführen. Sie sind in Tabelle 11 abgebildet. Dennoch hat Tabelle 10 ein wichtiges Ergebnis erbracht. Sie konnte zeigen, dass die Anteile der Faktoren an den Gesprächsverläufen über viele Gespräche hinweg doch ein recht einheitliches Muster der Bevorzugung einzelner Faktorenanteile zeigen. Dies ist ein starker Hinweis auf die Qualität der ermittelten Daten, der bei schwächerer Datenqualität und eher zufälligen Ratings definitiv nicht zu erwarten gewesen wäre.

Tabelle 11: Unterschiede zwischen Gesprächstyp I und II auf Itemebene

Variable	N	Mittelwert	STD	Mittelwert	STD	Cohen's d
		ED	ED	FD	FD	
Item1	8	0,79	0,45	0,53	0,31	0,68
Item2	8	1,89	0,49	1,82	0,38	0,16
Item3	8	0,06	0,07	0,08	0,09	0,25
Item4	8	0,66	0,53	0,73	0,34	0,16
Item5	8	0,59	0,28	0,70	0,36	0,34
Item6	8	0,00	0,00	0,00	0,00	
Item7	8	1,23	0,52	1,11	0,51	0,23
Item8	8	0,23	0,17	0,32	0,29	0,39
Item9	8	0,02	0,04	0,12	0,16	1,00
Item10	8	2,20	0,34	2,45	0,16	1,00
Item11	8	0,85	0,63	0,54	0,32	0,65
Item12	8	0,05	0,08	0,04	0,04	0,17
Item13	8	2,64	0,28	2,41	0,36	0,72
Item14	8	0,00	0,00	0,06	0,11	1,09
Item15	8	0,11	0,12	0,17	0,17	0,41
Item16	8	0,04	0,05	0,25	0,30	1,20
Item17	8	0,00	0,00	0,00	0,00	
Item18	8	0,00	0,00	0,04	0,06	1,33
Item19	8	0,05	0,11	0,03	0,06	0,24
Item20	8	0,13	0,25	0,03	0,06	0,65
Item21	8	0,03	0,06	0,12	0,15	0,86
Item22	8	0,00	0,00	0,01	0,03	0,67
Item23	8	0,18	0,19	0,49	0,32	1,22

In Tabelle 11 finden sich Mittelwerte und Standardabweichungen auf Itemebene, die noch einmal eine etwas detailliertere Sicht auf Veränderungen in den Gesprächen zwischen der Erst- und der Folgedokumentation erlauben.

Völlig unverändert bleibt offensichtlich das Item 6, welches abbildet, wenn der Therapeut den Bezugsrahmen des Problems verändert (der spätere Faktor 7), und das Item 17, welches abbildet, dass der Therapeut den Möglichkeitsspielraum des Klienten durch Induktion alternativer Bewusstseinszustände erweitert. Diese beiden Items bleiben für eine Berechnung von *Cohen's d* unberücksichtigt, weil die entsprechenden Gesprächsaspekte in den 16 untersuchten Gesprächen einfach nicht vorkommen.

Die höchsten Unterschiede zwischen den Gesprächstypen finden sich bei Item 18, welches kodiert wird, wenn festgestellt wird, dass der Arzt den Patienten zum unmittelbaren Erleben des Problems anregt, bei Item 23, das deutlich macht, dass der Arzt die Lebenssituation des Patienten exploriert, Item 16, welches kodiert wird, wenn festgestellt wird, dass der Arzt die Sprache oder Metaphern des Patienten aufnimmt oder damit arbeitet, und Item 14, welches kodiert wird, wenn festgestellt wird, dass der Arzt dem Patienten hilft, seine Ziele zu spezifizieren. Weiterhin folgen Item 9, das kodiert wird, wenn bestimmt wurde, dass der Arzt den Patienten anregt, seine Ziele zu äußern, und Item 10, das kodiert wird, wenn der Rater erkennt, dass der Arzt um guten Rapport und Zustimmung bemüht ist. Diese Unterschiede beziehen sich jeweils auf eine Zunahme der Mittelwerte der Items im Gesprächstyp II gegenüber Gesprächstyp I. Von den 23 Items nahmen die Mittelwerte im Gesprächstyp II im Vergleich zu den Mittelwerten des Gesprächstyps I bei 15 Items zu.

Eine Abnahme der Mittelwerte wurde bei dem Item 13 (Arzt bietet als Experte eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen an) und Item 7 (Arzt fokussiert auf Pathologien) verzeichnet. Weiterhin wurden abnehmende Mittelwerte für die Items 1 (Arzt stärkt den Patienten durch Anerkennung), 2 (Arzt regt den Patienten zur Reflexion des Problems an) und 11 (Arzt behandelt den Patienten als kompetenten Experten für sich selbst) gemessen. Die Mittelwerte der Items 12 (Arzt unterbricht Muster der Situation oder Kommunikation), 19 (Arzt hilft dem Patienten, etwas ander(e)s zu machen) und 20 (Arzt hilft dem Patienten, seine Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren) wurden ebenfalls vermindert vorgefunden. Die aufschlüsselnden Berechnungen der Items zeigten jedoch, dass die Mehrheit der Items im Gesprächstyp II einen höheren Mittelwert aufwies.

Zur Übersicht wurden die Faktoren in der Folge nach ihrer Effektstärke geordnet und dann die dazugehörigen Items nach ihrer Effektstärke untergeordnet. So erhält man Tabelle 12. Diese Aufschlüsselung zeigt, dass Faktoren, auch wenn sie selbst eine nur geringe Effektstärke erbrachten, Items mit höheren Effektstärken beinhalten. Dies betraf sowohl den Faktor 3 (Konkretisierung von Lösungen) als auch den Faktor 5 (Ressourcenorientie-

rung) sowie auch den Faktor 1 (Problemanalyse) und den Faktor 4 (Beziehungsgestaltung). Diese Faktoren enthalten Items, deren Zunahme bzw. Abnahme als ein starker bis mittlerer Effekt gewertet werden darf.

Farbkodierung der Tabelle 12:


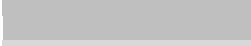
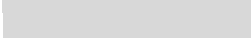
Farbkodierung	der Effektstärke	bei Cohen's d
	Starker Effekt	$d > 0,8$
	Mittlerer Effekt	$0,5 \leq d \leq 0,8$
	Kleiner Effekt	$0,2 \leq d < 0,5$

Tabelle 12: Aufschlüsselung der Items nach Effektstärke der Faktoren

Variable		Mittelwert	STD	Mittelwert	STD	Cohen's	
		ED	ED	FD	FD	D	
Faktor 2 Zielaktualisierung		0,03	0,03	0,09	0,09	1,0	
	Item14	0	0	0,06	0,11	1,09	
	Item9	0,02	0,04	0,12	0,16	1	
	Item22	0	0	0,01	0,03	0,67	
	Item15	0,11	0,12	0,17	0,17	0,41	
Faktor 3 Konkretisierung von Lösungen		0,76	0,15	0,7	0,13	0,43	
	Item13	2,64	0,28	2,41	0,36	0,72	
	Item20	0,13	0,25	0,03	0,06	0,65	
	Item8	0,23	0,17	0,32	0,29	0,39	
	Item19	0,05	0,11	0,03	0,06	0,24	
Faktor 6 Alternatives Denken		0,03	0,04	0,02	0,02	0,33	
	Item12	0,05	0,08	0,04	0,04	0,17	
	Item17	0	0	0	0		
Faktor 5 Ressourcenorientierung		0,5	0,32	0,45	0,2	0,19	
	Item1	0,79	0,45	0,53	0,31	0,68	
	Item3	0,06	0,07	0,08	0,09	0,25	
	Item4	0,66	0,53	0,73	0,34	0,16	
Faktor 1 Problemanalyse		0,79	0,22	0,77	0,17	0,1	
	Item18	0	0	0,04	0,06	1,33	
	Item21	0,03	0,06	0,12	0,15	0,86	
	Item7	1,23	0,52	1,11	0,51	0,23	
	Item2	1,89	0,49	1,82	0,38	0,16	
Faktor 4 Beziehungsgestaltung		1,5	0,21	1,49	0,17	0,05	
	Item23	0,18	0,19	0,49	0,32	1,22	
	Item16	0,04	0,05	0,25	0,3	1,2	
	Item10	2,2	0,34	2,45	0,16	1	
	Item11	0,85	0,63	0,54	0,32	0,65	
	Item5	0,59	0,28	0,7	0,36	0,34	
Faktor 7 Reframing		0	0	0	0	0	
	Item6	0	0	0	0		

Die Tabelle 12 bringt ein weiteres gewichtiges Ergebnis. Bereits die Effektstärken der einzelnen Items (vgl. Tabelle 11) hatten starke Effekte zwischen den beiden Gesprächstypen erbracht und gezeigt, dass die Ärzte im Bilanzierungsdialog das Spektrum ihrer Interventionsmöglichkeiten deutlich erweitert hatten. Die Tabelle 12 zeigte nun, dass auch Beratungsqualitäten, die nur schwache Effektstärken aufzeigten, gleichwohl Elemente mit großen Effekten enthalten.

4.3.2 Quantitativer Vergleich der Gesprächstypen mittels Analyse der Gesprächsanteile

Der Vergleich der Wortbeiträge von ärztlicher Seite und Patientenseite erbrachte deutliche Veränderungen zwischen Gesprächstyp I und Gesprächstyp II.

Tabelle 13: Anzahl der pro Gespräch gesprochenen Worte, nach Arzt- und Patientenseite getrennt ausgezählt

Gesprächstyp	Videonummer	Dauer [Min.]	Wortanzahl Arzt/Ärztin	Wortanzahl Patient/Patientin	
Gesprächstyp I	1	11	1090	210	
	2	15	1394	925	
	3	14	913	788	
	5	21	2225	1037	
	6	14	803	818	
	10	19	2934	559	
	11	12	995	711	
	12	13	1427	853	
	Gesprächstyp II	1	14	1256	994
		2	17	1026	1297
		3	26	1612	1990
		5	53	2171	5561
6		21	951	1676	
10		14	1403	962	
11		19	1747	652	
12		27	2211	2628	

Diese aus den Transkripten gewonnen Daten wurden statistisch aufbereitet. Dabei konnte festgestellt werden, dass die zentrale Annahme bestätigt werden konnte, dass sich bei dem

Gesprächstyp II (Folgegespräch) die Gesprächsanteile gegenüber Gesprächstyp I in Richtung höherer Gesprächsanteile auf Patientenseite verschieben.

Für beide Gesprächstypen wurden die Mittelwerte für die Wortdichte pro Minute für Arzt und Patient getrennt ermittelt. Dadurch wurde ein erstes interessantes Ergebnis deutlich:

Während im Gesprächstyp I (vgl. Tabelle 14) die Ärzte wesentlich mehr Gesprächsanteile pro Minute zeigten als die Patienten (95,96 Worte gegenüber 49,89 Worte), kehrte sich dieser Effekt bei den Folgegesprächen mit dem Gesprächstyp II (vgl. Tabelle 15) um (71,55 gegenüber 76,12). Die Patienten wurden deutlich mitteilbarer, bezogen auf die Anteile ihrer Wortbeiträge pro durchschnittlicher Gesprächsminute.

Tabelle 14: Gesprächsanteile im Gesprächstyp I von Arzt- und Patientenseite auf eine durchschnittliche Gesprächsminute relativiert und prozentuiert, mit relevanten Mittelwerten und Standardabweichungen (STD)

Gesprächstyp	Video Nr.	Worte / Minute Arzt / Ärztin	Worte / Minute Patient / Patientin	Gesprächsanteil / Prozent Arzt / Ärztin	Gesprächsanteil / Prozent Patient / Patientin	
Gesprächstyp I	1	99,09	19,09	83,85	16,15	
	2	92,93	61,67	60,11	39,89	
	3	65,21	56,29	53,67	46,33	
	5	105,95	49,38	68,21	31,79	
	6	57,36	58,43	49,54	50,46	
	10	154,42	29,42	84,00	16,00	
	11	82,92	59,25	58,32	41,68	
	12	109,77	65,62	62,59	37,41	
	Mittelwert		95,96	49,89	65,04	34,96
	STD		28,14	15,63	12,92	12,92

Tabelle 15: Gesprächsanteile im Gesprächstyp II von Arzt- und Patientenseite auf eine durchschnittliche Gesprächsminute relativiert und prozentuiert, mit relevanten Mittelwerten und Standardabweichungen (STD)

Gesprächstyp	Video Nr.	Worte / Minute Arzt / Ärztin	Worte / Minute Patient / Patientin	Gesprächsanteil / Prozent Arzt / Ärztin	Gesprächsanteil / Prozent Patient / Patientin	
Gesprächstyp II	1	89,71	71,00	55,82	44,18	
	2	60,35	76,29	44,17	55,83	
	3	62,00	76,54	44,75	55,25	
	5	40,96	104,92	28,08	71,92	
	6	45,29	79,81	36,20	63,80	
	10	100,21	68,71	59,32	40,68	
	11	91,95	34,32	72,82	27,18	
	12	81,89	97,33	45,69	54,31	
	Mittelwert		71,55	76,12	48,36	51,64
	STD		22,41	21,12	14,00	14,00

Wichtiger noch als die Berechnung der von Arzt- und Patientenseite durchschnittlich pro Gesprächsminute geäußerten Wörter erschien es jedoch, die ermittelten absoluten Gesprächsanteile jeweils zu prozentuieren, also unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Gesprächslänge die relativierten Gesprächsanteile von Arzt und Patient einander direkt gegenüberzustellen. Da sich dabei die Gesprächsanteile von Arzt und Patient gegenseitig zwangsläufig zu 100 % ergänzen (entsprechend aller Worte, die in einem Gespräch insgesamt gesprochen wurden), muss man sich nur an die Gesprächsanteile einer Partnergruppe halten, in diesem Fall der Patienten. Die ärztlichen Anteile sind dann immer die Ergänzung zu 100 % und damit genau als Gegenstück anzusehen. Die Patientenanteile erscheinen jedoch hier als der im Hinblick auf die aufgestellte Hypothese interessantere Betrachtungsaspekt, weshalb im Folgenden auch nur darauf Bezug genommen werden soll.

Im Mittelwert waren diese Patientenanteile am Gespräch von 34,96 % bei den Erstgesprächen auf 51,64 % bei den Folgegesprächen angewachsen, die Standardabweichungen waren dabei von 12,92 auf 14,00 gestiegen. Dies kommt einer sehr leichten Erhöhung gleich und muss als eine verstärkte Uneinheitlichkeit zwischen den einzelnen Gesprächen interpretiert werden. Um zu überprüfen, inwieweit dieser Effekt (der zentrale Haupteffekt, der in der oben stehenden Hypothese formuliert wurde) statistische Bedeutsamkeit hat, wurde zu

diesen Ergebnissen die Effektgröße *Cohen's d* ausgerechnet. Das ist im Hinblick auf die Anzahl untersuchter Gespräche ($N = 8+8$) und der Aufgabenstellung (Testung zweier abhängiger Stichproben auf Mittelwertsunterschiede), wie auch in anderen Auswertungsteilen zuvor, ein sehr gut geeignetes statistisches Maß. Mit einem Wert von $d = 1,238$ ist der Wert als ungewöhnlich hoch anzusehen, der Effekt ist mithin als „sehr groß“ zu interpretieren. **Der prozentuale Gesprächsbeitrag der Patienten konnte dabei von den herkömmlichen Gesprächen auf die Folgegespräche (bilanzierendes Gespräch) im Mittel um 16,68 % gesteigert werden.**

Ein weiterer und letzter Aspekt, der bezogen auf die Analyse der neugewonnenen Daten noch angesprochen werden kann, bezieht sich darauf, wie viele der herkömmlichen Gespräche bzw. wie viele der Folgegespräche jeweils von Arzt- oder Patientenseite anteilmäßig „dominiert“ wurden. Das erscheint als eine nochmals etwas andere Sichtweise auf die vorhandenen Daten, die offensichtlich ein hohes Maß an Plausibilität und Einfachheit in der Aussage zu besitzen vermag. Eine vergleichende Betrachtung der prozentuierten Gesprächsanteile in Gesprächstyp I und Gesprächstyp II (vgl. Tabelle 14 und Tabelle 15), bei der man jeweils die „dominierende“ Seite ermittelt und festhält, lässt folgende Aussage dazu zu:

Während bei den Erstgesprächen bis auf ein einziges Gespräch, in dem die Gesprächsanteile von Arzt und Patient nahezu gleich waren (49,54 % zu 50,46 %), alle von dem ärztlichen Partner mit Gesprächsanteilen von über 50% dominiert wurden, sind es bei den Folgegesprächen nur noch drei von acht Gesprächen, in denen die Gesprächsanteile von ärztlicher Seite noch über 50 % liegen. In den anderen fünf Gesprächen führt hier jetzt jeweils der Patient mit Gesprächsanteilen von über 50 %. Spätestens mit diesem Befund kann die oben aufgestellte Hypothese letztendlich klar als bestätigt gelten.

4.4 Qualitative und quantitative Ergebnisse im Bezug zueinander

Die quantitativen Ergebnisse bestätigen die qualitativen Ergebnisse. Sie bestätigen insbesondere, dass die Veränderungen zwischen den beiden Gesprächstypen bereits auf Itemebene eindeutig zu erkennen waren. Insgesamt konnte die Zunahme der Mittelwerte der Items erwartungsgemäß festgestellt werden. Die quantitative Auswertung zeigt außerdem, dass die Patientenzentrierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II in allen fünf Dimensionen bedeutsam gestärkt wurde. So wurde der prozentuale Gesprächsbeitrag der Ärzte verkleinert. Dies wurde im Vorhinein auch als Hinweis für eine Verstärkung der

Dimension *Der Arzt als Person* aufgefasst. Dieses Korrelat der fünften Dimension der Patientenzentrierung konnte dabei mit einem sehr großen Effekt gesteigert werden.

Weiterhin wurde eine bedeutsame Zunahme der Items im Gesprächstyp II mit Ausnahmen (Item 1, 2, 4, 7, 11, 12, 13, 19, 20) verzeichnet. Die Items, welche für eine Stärkung der anderen vier Dimensionen der Patientenzentrierung (*biopsychosoziale Perspektive*, *Patient als Person*, *Förderung selbstverantwortlichen Handelns* und *therapeutisches Bündnis*) (vgl. Tabelle 2) stehen können, wurden im Gesprächstyp II also verstärkt in der Interventionsstruktur der Ärzte festgestellt. Die qualitative Auswertung zeigte, dass ein Rückgang der Items 7 und 13 im Sinne des Bilanzierungsdialogs ist (vgl. *Detaillierte Analyse der Faktorenzusammensetzung*). Die weiteren, zahlenmäßig nicht gesteigerten Items 12, 19, 20 wurden laut der Beschreibung der Items selbst nicht als Kernelemente eines Bilanzierungsdialogs identifiziert. Die unbedeutsam, veränderte Feststellung der letztgenannten Items bestätigt somit, dass im Gesprächstyp II die Charakteristika eines Bilanzierungsdialogs zum Tragen kommen. Inhaltlich nicht direkt assoziierte Items wurden zwar teilweise in den Gesprächen festgestellt, jedoch konnten diese Veränderungen nicht auf den Bilanzierungsdialog zurückgeführt werden.

Diskussionswürdig bleiben die nicht-bedeutsamen Veränderungen der Items 1, 2, 11, die im Vorhinein als Kernelemente des Bilanzierungsdialogs aufgefasst wurden.

Eine Gegenüberstellung der Kernelemente des Bilanzierungsdialogs und der erhobenen qualitativen und quantitativen Ergebnisse werden in Tabelle 16 dargestellt. Mit dieser Tabelle wird nicht der Anspruch gestellt, die gesamte qualitative Arbeit noch einmal darzustellen. Dies ist in tabellarischer und zugleich vollständiger Form nicht möglich. Gleichwohl stellt die Tabelle eine übersichtliche Zusammenstellung der mittels RLI erfassten Ergebnisse dar.

Tabelle 16: Kernelemente des Bilanzierungsdialogs in den qualitativ und quantitativ erhobenen Ergebnissen des Vergleiches der Gesprächstypen

Kernelemente des Bilanzierungsdialogs	Item	Qualitative Auswertung		Quantitative Auswertung
		Faktoren- analyse	Intensitäts- breite	Beurteilung mittels Cohen's D
Gemeinsame Evaluation des Krankheits- und Therapieverlaufs				
Problem(Re)Konstruktion	Item 2	Veränderung	Vermindert	Kein Effekt
Expertenmeinung / Steuerung	Item 13	Veränderung	Konstant	Mittlerer Effekt
Entstehungsgeschichte	Item 21	Mehr Ärzte	Gesteigert	Starker Effekt
Aushandeln des Behandlungsauftrags				
Anliegen klären	Item 5	Intensivierung	Gesteigert	Kleiner Effekt
Zukünftiges	Item 8	Intensivierung	Konstant	Kleiner Effekt
Rapport	Item 10	Intensivierung	Konstant	Starker Effekt
Kompetenter Klient	Item 11	Veränderung	Gesteigert	Mittlerer Effekt
Therapiezielauslotung				
Zieläußerung	Item 9	Neue Möglichkeit ²	Gesteigert	Starker Effekt
Zielspezifizierung	Item 14	Neue Möglichkeit	Neue Elemente	Starker Effekt
Zielerleben	Item 22	Neue Möglichkeit	Neue Elemente	Mittlerer Effekt
Bezug zur Lebenswirklichkeit				
Lebenssituationsexploration	Item 23	Intensivierung	Gesteigert	Starker Effekt
Salutogene Orientierung				
Ausnahmen	Item 3	Mehr Ärzte	Gesteigert	Kleiner Effekt
Ressourcen erkennen	Item 4	Intensivierung	Konstant	Kein Effekt
Defizitfokussierung	Item 7	Veränderung	Gesteigert	Kleiner Effekt

Was man in der Zusammenstellung aber deutlich erkennen kann, ist zum einen, dass sich qualitative und quantitative Ergebnisse gegenseitig ohne Widersprüche ergänzen. Zum anderen kann man sehen, dass viele der in *Kapitel Qualitative Fragestellungen* und *Erwartetes Ergebnis der quantitativen Analyse der Daten* formulierten Erwartungen und Annahmen sich auch mit statistischer Bedeutsamkeit bestätigt haben.

²Ein Vorkommen des Items 9 in einer Minute

5 Diskussion

Im hier folgenden Abschnitt werden die wesentlichen gewonnenen Ergebnisse der Arbeit im Kontext der Literatur diskutiert. Außerdem werden die Grenzen der Arbeit beschrieben und die Tragweite der Ergebnisse für die Versorgung der Patienten mit chronischen Erkrankungen formuliert.

5.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

In dieser Arbeit wurden unter qualitativen und quantitativen Blickwinkeln aus videodokumentierten Konsultationen Daten gewonnen. Diese zeigten, dass in den Folgegesprächen mit einem Bilanzierungsdialog mehr Facetten der Patientenzentrierung als in der Routine bestimmt werden konnten. Folgende Ergebnisse können als Hauptergebnisse dieser Arbeit aufgefasst werden:

Die veränderte Patientenzentrierung ist auf der Itemebene deutlich.

Die Gespräche des Gesprächstyps II sind patientenzentrierter. Dies konnte aus den Interaktionen der Ärzte, die in beiden Gesprächstypen festgestellt, kodiert und miteinander verglichen wurden, abgeleitet werden. Die Veränderungen der Patientenzentrierung sind deshalb unmittelbar auf der Ebene der Items des RLI ersichtlich. Die Veränderungen lassen sich mit Hilfe der Thermografiken erkennen, aber auch statistisch rechnerisch darstellen. So waren durch den Vergleich der beiden Kohorten miteinander neue Interventionen zu finden und die qualitative Auswertung zeigte, dass im Gesprächstyp II Intensitäten der festgestellten Handlungen verstärkt bewertet wurden, bzw. dass sich die Intensitätsspannen vergrößerten. Dies führte u. a. dazu, dass die Beziehungsgestaltung differenzierter und die Problemanalyse weniger stark defizitorientiert gestaltet wurde. Der Rückbezug auf Meads Konzeptualisierung von Patientenzentrierung konnte eine Zunahme aller Dimensionen der Patientenzentrierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II offensichtlich werden lassen.

Der Bilanzierungsdialog veranlasst eine verstärkte Patientenzentrierung.

Die veränderten Handlungsweisen werden durch die Items des RLI abgebildet. Im Vorhinein wurden Kernelemente des Bilanzierungsdialogs bestimmt, die mit den Items erfasst

werden können. Das Instrument des RLI erfasst auch noch weitere Interaktionsmöglichkeiten in einem Gespräch, d. h. es enthält mehr Items als für die Abbildung der Kernelemente des Bilanzierungsdialogs notwendig wären. Gleichwohl veränderten sich die Items mit einem rechnerischen Effekt, die den Interaktionen des Bilanzierungsdialogs entsprechen. Passend dazu konnten die übrigen festgestellten Items, die nicht als Elemente eines Bilanzierungsdialogs betrachtet wurden, rechnerisch auch nicht als Effekt des Bilanzierungsdialogs in den Gesprächen des Gesprächstyps II ermittelt werden. Die Veränderungen können also als Effekt des Bilanzierungsdialogs interpretiert werden. Das wiederum heißt, dass das veränderte Gesprächsformat – der Bilanzierungsdialog – als Auslöser für die Zunahme der Patientenzentrierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II gesehen werden kann.

Die ausgewerteten Arzt-Patienten-Gespräche verlaufen sehr individuell.

Für die Items, die ja für bestimmte Interaktionen der Ärzte mit ihren Patienten stehen, konnte in der Mehrzahl keine besondere Stellungspräferenz im Gespräch festgestellt werden. Aber die Thermografiken zeigten in den einleitenden Minuten charakteristische Ausprägungen der Faktoren. So entstand förmlich das Bild einer eröffnenden Sequenz. Die Ausprägung der Faktoren dieser einleitenden Sequenzen aller Ärzte entsprach bereits der Gesamtverteilung der Faktorenausprägung über die Gespräche hinweg. Außerdem veränderten sich die festgestellten Items der ersten Minuten, wie auch die dann folgende Interventionsstruktur, im Vergleich der beiden Gesprächstypen. Insgesamt zeigten sich sehr komplexe Interventionsstrukturen mit individuellen Verläufen.

Die Faktorenanteile am jeweiligen Gesprächstyp sind in beiden Gesprächstypen konstant.

Die errechnete Rangfolge der Mittelwerte der Faktorenanteile am jeweiligen Gespräch bleibt über die gesamte Anzahl der Gespräche konstant. Dies ist ein starker Hinweis auf die Qualität der erhobenen Daten. Denn bei einer schwächeren Datenqualität wäre dieses einheitliche Muster der Faktorenanteile selbst, also der Anteil der jeweiligen Beratungsqualität am Gespräch, nicht aufgetreten. So wurden die Beratungsqualitäten der Beziehungsgestaltung und der Problemanalyse als Grundelemente der untersuchten Arzt-Patienten-Gespräche ermittelt. Die Beratungsqualität des Konkretisierens von Lösungen veränderte sich mit einem starken Effekt im Gesprächstyp II. Weiterhin trat die Beratungsqualität der Zielaktualisierung in den Gesprächen des Gesprächstyps II als neue Qualität auf. Gerade also die charakteristischen Beratungsqualitäten des Bilanzierungsdialogs (Zielaktualisierung und Konkretisieren von Lösungen) hatten im Vergleich der beiden Gesprächstypen auch

einen deutlicheren Effekt als bspw. die relativ uncharakteristische Beratungsqualität der Beziehungsgestaltung.

Die Gesprächsstruktur der Ärztin verändert sich eindrücklicher als die Gesprächsstruktur des einzelnen männlichen Kollegen.

Das Auswahlkriterium für den direkten Strukturvergleich der Gesprächstypen eines Arztes waren deutliche Veränderungen zwischen den Gesprächstypen in den beiden Thermografiken. Die eindrücklichsten Veränderungen zeigten sich zwischen den Thermografiken der einzigen weiblichen Teilnehmerin, deren Videoaufzeichnungen für diese Arbeit ausgewertet wurden. Neue Elemente wurden in der Interventionsstruktur festgestellt. Der Gesprächstyp II bekam mit der Zielaktualisierung einen veränderten Gesprächsschwerpunkt.

Im Vergleich mit der Gesamtheit der Gespräche des Gesprächstyps II der männlichen Kollegen wurden jedoch keine grundsätzlich anderen Elemente der Patientenzentrierung erkennbar. Also können Veränderungen, die durch die Umsetzung eines Bilanzierungsdialogs entstanden sind, als ein Hinweis auf ein genderspezifisches Lernverhalten bzgl. kommunikativer Kompetenzen betrachtet werden. Die Ärztin zeigte nämlich stärkere Veränderungen ihrer Gesprächsstrukturen als die männlichen Kollegen im Vergleich ihrer jeweiligen Gespräche.

Der Gesprächsanteil des Arztes und des Patienten verändert sich.

Die Auswertung mittels RLI zeigte eine erwartungsgemäß deutlich verlängerte Dauer der Gespräche im Gesprächstyp II. Dabei veränderten sich neben der Dauer der Gespräche, insbesondere die Gesprächsanteile der beiden Gesprächsakteure. So konnte die Hypothese bestätigt werden, dass sich der Anteil des Patienten im Gesprächstyp II deutlich steigerte. Der Patient mit einer chronischen Erkrankung bekam im Gesprächstyp II also mehr Gelegenheit, sich am Gespräch zu beteiligen.

5.2 Beurteilung des methodischen Vorgehens

Ein bereits vor Beginn der Arbeit spannender Aspekt dieses Promotionsprojektes war die Verbindung zweier Forschungsansätze, die relativ selten so eng wie hier verbunden sind. Nämlich einerseits die unvoreingenommene Herangehensweise an die Thermografiken, zu deren wissenschaftlicher Auswertung keine Vorerfahrungen bestanden, und dann

wiederum die Möglichkeit, die eigenen Ergebnisse aus diesem qualitativen Ansatz anhand von Berechnungen zu evaluieren.

5.2.1 Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen

Mittels des Ratinginventars Lösungsorientierter Interventionen wurde ein systematischer Vergleich der beiden Gesprächstypen und ihrer Interventionsstrukturen in Bezug auf die Patientenzentrierung möglich. Das Instrument RLI bestätigte sich als angemessenes „Werkzeug“ für den Vergleich. So ergänzten sich die Ergebnisse der unterschiedlichen Auswertungsformen desselben Datenmaterials sinnvoll: Die durch das RLI entstanden Kodierungen ergaben interpretierbare Muster und die Interpretationen der Thermografiken konnten mittels der quantitativen Ergebnisse verdichtet werden.

Differenzen zwischen dem hausärztlichen Setting und der Systemischen Therapie (vgl. S. 19 ff.), für welche das RLI konzipiert wurde, waren bereits vor der Verwendung bekannt. Ein weiterer Hinweis auf den unterschiedlichen Kontext betrifft die Konstruktion der Items. In der hier vorliegenden Arbeit konnten bspw. Handlungen der Items 6 und 17 nicht gefunden werden. Dies kann auf die mangelnde Fähigkeit des Raters, die für die Kodierung dieser Items angemessenen hausärztlichen Verhaltensweisen zu erkennen, zurückzuführen sein oder daran liegen, dass diese Interventionsmöglichkeiten nicht von den Ärzten angewendet wurden. Die letztgenannte Möglichkeit würde bedeuten, dass die Items des RLI eben unterschiedlich gut zu dem hausärztlichen Setting passen. Die Validität und Reliabilität der Kodierungen der einzigen Raterin dieser Arbeit wurde durch eine Art Eichung mit Hilfe eines intensiven Ratertrainings, das gemeinsam mit anderen Ratern der BILANZ-Studie durchgeführt wurde, gesichert. Weiterhin wurde vor dem Rating der hier ausgewerteten Videoaufzeichnungen eine Interrater-Reliabilität mit den Ratings der anderen Rater der BILANZ-Studie bestimmt, sodass von einer sachgemäßen Anwendung und validen Ratings ausgegangen werden kann.

Ein Anpassungsvorschlag für die Anwendung des RLI im hausärztlichen Setting betrifft das Item 13. Bei der Auswertung der Interventionsstrukturen wurde häufig bemerkt, dass es von Interesse wäre, welche Interaktionsweise festgestellt wurde, also für welche Funktion das Item 13 in der jeweiligen Minute geratet wurde. So können durch die bloße Darstellung dieses Items in der Thermografik noch keine Rückschlüsse auf die Funktion im Gespräch gezogen werden. Da das Item 13 aber für durchaus unterschiedliche Handlungen

in der Interventionsstruktur stehen kann, nämlich Expertenrat oder Gesprächssteuerung, wäre ein Vorschlag für eine optimierte Anwendung im hausärztlichen Bereich, diese Komponenten zu trennen. Denn ob der Arzt gerade das Gespräch in eine Richtung, z. B. zur Anamnese oder zur Beendigung des Gesprächs führt oder aber, ob er dem Patienten seine Meinung bzw. seinen Vorschlag zur Lösung des Problems unterbreitet, ist ein bedeutsamer Unterschied in der Interventionsstruktur und für das Gespräch.

Bei der Analyse der Videoaufzeichnungen mittels RLI musste bewusst bleiben, dass die Gespräche in Minuten gegliedert wurden und sich ein Gespräch in der Realität natürlich nicht an eine Taktung in Minuten hält. Gleichzeitig hat die Taktung in Minuten jedoch gegenüber einer Auswertung in Sinneinheiten den Vorteil, dass Minuten klar definiert sind. Für jedes Gespräch ergibt sich ein eigenes und vergleichbares Muster. Die Auswertung der Muster stellt dann eine Herausforderung dar. Die Thermografiken zeigen Muster, deren methodisch gesicherte Auswertung noch verfeinert werden kann. Hier besteht noch Forschungsbedarf. Denn beim RLI handelt es sich um eine Methode, die bisher insgesamt selten verwendet wurde. So wurden damit zwar schon professionsspezifische Gesprächsmerkmale in Bezug auf die Beratungsqualitäten von verschiedenen Interakteuren des Gesundheitswesens untersucht (Kasper und Reitz 2013), aber insbesondere in der allgemeinmedizinischen Forschung wurde das RLI bisher vergleichsweise selten gebraucht. So leistet diese Arbeit einen Beitrag zur Erweiterung des Methodenspektrums (Hermann und Flick 2009). Die Arbeit stützte sich also auf ein Beobachtungsverfahren (Sielk et al. 2004) und ermöglichte unter Zuhilfenahme des RLI, „unterschiedliche Aspekte des therapeutischen Prozesses empirisch zugänglich zu machen“ (Honeremann 1999, S. 7).

Als besondere Stärke des RLI ist zu nennen, dass mittels der grafisch gut zu erfassenden Aufbereitung der Daten ein schneller Vergleich – zumindest als Überblick – ermöglicht wird. Allerdings darf der hohe Zeitaufwand, welcher durch Schulungen, Kodierung und detailliertere Analysen benötigt wird, nicht außer Acht gelassen werden. Ein weiterer Vorteil des RLI gegenüber anderen Methoden ist, dass durch die Kodierungen eine gewisse Abstrahierung vom Inhalt der Gespräche möglich wird. So können die Strukturen der ärztlichen Interaktionen isoliert betrachtet werden. Die Gesprächsbeteiligung der Patienten kann damit jedoch nicht direkt analysiert werden. Dies kann auch als Nachteil des Instruments RLI betrachtet werden.

Dabei zeigte die Arbeit mit dem RLI, dass die Thermografiken die Komplexität eines Gespräches beruckichtigen. Die verschiedenen Interaktionen, die im Gespräch festgestellt werden und dann mit Hilfe der Items kodiert werden, ergeben ja schließlich die Faktoren, welche dann in der Thermografik die Interventionsstruktur darstellen. Der Abgleich der Farbabstufung der Thermografiken mit den Intensitätswerten, die in den Ursprungs-Excel-Tabellen vermerkt sind, ergab, dass das Zusammenspiel der Items beruckichtigt wird. Das bedeutet konkret, dass, wenn in einer Gesprachsmminute mehrere Items, die in einen Faktor einfließen, mit höheren Intensitäten kodiert wurden, es dann zum maximalen Farbausschlag (violett) kommt. Eine maximale Färbung eines Faktors ist also nicht gleich zu setzen mit einer maximal bewerteten Intensität eines speziellen Items. Der qualitative Anteil dieser Arbeit, der die Kodierungen gleichsam als Text betrachtete und das gemeinsame Vorkommen in einer Minute bzw. das nicht gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Aktionen als Muster beschrieb und Veränderungen der Strukturen zwischen den Gesprächstypen analysierte, ist zum Verständnis der gesamten Interventionsstruktur unerlässlich. Dabei wurden neben der Thermografik auch die Excel-Tabellen benötigt.

Mit Hilfe der Excel-Tabellen konnten auch die Intensitätsbreiten der Items in den beiden Gesprächstypen verglichen werden. Gerade der direkte Vergleich der Intensitätsbreiten der beiden Gesprächstypen eines Arztes machte deutlich, dass die Items, die im Gesprächstyp II mit zunehmender Intensitätsbreite bewertet wurden (bspw. Exploration der Entstehungsgeschichte, Anregungen, Ziele zu äußern, Anliegen klären), mit dem Vorgehen in einem Bilanzierungsdialog vereinbar waren. Insbesondere auch durch die neuen Elemente (Zielspezifizierung, Darstellung von Unterschieden, Zielerleben, Hilfe, etwas anders zu machen sowie der Nutzung von Patientensprache) in der Gesprächsstruktur veränderte sich sichtbar der Schwerpunkt des Gespräches. Dieses Ergebnis wurde als Hinweis dafür gewertet, dass das RLI eben wirklich die Veränderungen, die durch den Bilanzierungsdialog entstanden sind, darstellt. Bei einer zufälligen Erweiterung der Intensitätsbreiten wäre es nicht zu erwarten gewesen, dass sich genau die Items, die als Kernelemente des Bilanzierungsdialogs ermittelt wurden, verändern. Andererseits weisen die konstant bewerteten Intensitätsbreiten der stark vertretenen Handlungen möglicherweise auf Kernelemente (Rapport, Expertenmeinung/ Steuerung, Problemrekonstruktion) eines Arzt-Patienten-Gespräches hin. Solche Handlungen wurden in beiden Gesprächstypen mit unterschiedlichen Intensitäten bewertet.

Die in der Folge durchgeführte quantitativ-vergleichende Analyse zeigte auch, dass aufgrund der Vielzahl der zu berücksichtigenden Einzelaspekte die qualitative Auswertung mittels Thermografiken für die adäquate Klärung der Fragestellung notwendig war. So konnte die quantitative Auswertung der Items und Faktoren zwar die qualitative Auswertung unterstützen. Eine isolierte Betrachtung der quantitativen ermittelten Ergebnisse hätte jedoch zu weniger befriedigenden Interpretationen geführt, da die Aussagekraft über die Wirkung der jeweiligen Handlung im Gespräch durch die quantitativen Ergebnisse nicht adäquat vermittelt wird. Abholz formuliert prägnant (2010, S. 177): „Qualitative Forschung – so der Terminus – hat sich, so wie die Allgemeinmedizin, das unscharfe Bild als Objekt genommen. Dies geschah, nachdem man auch in der Wissenschaft festgestellt hat, dass quantitative Forschung meist nur eine Ebene der Wirklichkeit abbilden kann – und dann Schärfe nur vortäuscht – indem die anderen Ebenen ausgeblendet bleiben.“

Für diese Arbeit bedeutet dies z. B., dass die Ergebnisse der absoluten Mittelwerte der Faktoren, die Zielaktualisierung ausgenommen, zunächst nur relativ geringe Veränderungen durch den Bilanzierungsdialog zeigten. Die globale qualitative Analyse der Faktoren konnte jedoch deutliche Veränderungen in den Interventionsstrukturen aufzeigen.

So scheint dieses kombinierte Vorgehen mit qualitativen und quantitativen Ansätzen zu einem deutlichen Mehrwert zu führen. Die quantitative Auswertung schuf einerseits einen Überblick über die komplexen Daten und warf ihrerseits Fragen auf und andererseits konnte die musterbezogene Darstellung der qualitativen Analyse mit den quantitativen Daten eben durch zahlenmäßig greifbare Sachverhalte (Geider et al. 1982) unterfüttert werden. Dementsprechend hatte die quantitative Auswertung auch nicht den Anspruch, Aussagen über die Wirkung der Items und Faktoren im Gespräch zu treffen, denn durch die Berechnung der Mittelwerte kann bspw. ein Punktwert von „4“ in der Gesamtrechnung verschwinden. Dessen ungeachtet würde die Interaktion, welche mit einer Intensität von „4“ bewertet wurde, im Gespräch noch weitere Minuten „nach“wirken.

Die quantitative Analyse hatte ihre Stärke darin, einen Überblick zu schaffen und eine statistische Überprüfung zu ermöglichen. Mit deren Hilfe konnte bestimmt werden, welche Veränderungen als Effekt des Bilanzierungsdialogs gewertet werden dürfen und welche Veränderungen nicht auf ihn zurückgeführt werden können.

Abschließend kann zu dem Instrument des RLI festgehalten werden, dass durch das RLI Unterschiede zwischen den beiden Gesprächstypen beschrieben werden können. Diese Unterschiede sind sinnvoll interpretierbar. Damit folgt, dass das Instrument offenbar zentrale Unterschiede zu identifizieren vermag und relevante Charakteristika der beiden Gespräche sichtbar macht. Ebenso folgt, dass es diese Unterschiede zwischen den Gesprächstypen gibt und diese auch abgebildet werden können.

5.2.2 Auswahl des Arztes für den direkten Gesprächsvergleich

Die Auswahl des Arztes für den direkten Gesprächsvergleich wurde auf Grundlage der Thermografiken getroffen, ohne dabei auf das Geschlecht der agierenden Person zu achten. Dabei fiel die Wahl auf den Arzt mit der Nummer zwölf (A_12). Während sich bei anderen Ärzten, bspw. bei dem Arzt mit der Nummer 10 (A_10), weniger stark ausgeprägte Veränderungen zwischen den Gesprächstypen fanden, gab es in den Gesprächen von A_12 deutliche Veränderungen zwischen den Gesprächstypen. Gleichwohl war auch schon der Gesprächstyp I patientenzentriert. Dieses Ergebnis entspricht Hinweisen darauf, dass Ärztinnen stärker patientenzentriert vorgehen als die männlichen Kollegen. Dies wurde u. a. an stärkerem Rapport, vermehrten Ermutigungen der Patienten in Gesprächen und einer empathischeren Grundhaltung deutlich (Jefferson et al. 2013). Auch andere Studien, bspw. zum Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten, zeigen, dass die weiblichen Studierenden messbarer als die männlichen von Kommunikationstrainings profitieren (Simmenroth-Nayda 2008, Roter et al. 2004).

5.2.3 Auswertung der Gesprächstranskripte

Die Auswertung mittels RLI lieferte Informationen über das Gesprächsverhalten der Ärzte. Das Gesprächsverhalten der Patienten, welches für die Beurteilung der Interaktionen auch bedeutsam ist, konnte hingegen so nicht dargestellt werden. Um die Veränderungsprozesse zumindest unter dem Aspekt möglicherweise veränderter Gesprächsanteile untersuchen zu können, wurde die Auswertung um eine knappe quantitative Analyse der Gesprächstranskripte ergänzt. Die Transkripte waren bereits im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ erstellt worden und stellen schon eine Datentransformation dar, so dass hier auch bzgl. der Transkripte eine Sekundäranalyse vorgelegt wird. Eine eingehende inhaltliche Analyse überschreitet den Rahmen dieser Arbeit, bei der das ärztliche Kommunikationsverhalten im Vordergrund steht. Dementsprechend sind die Aussagen auf Veränderungen der Gesprächsanteile beschränkt, stützen aber nachhaltig die mittels RLI erzielten Ergebnisse.

5.3 Beurteilung des Materials und Limitation der Arbeit

Die vorliegende Promotionsarbeit vergleicht Gespräche mit einem Bilanzierungsdialo­g im Hinblick auf ein patientenzentriertes Vorgehen der Ärzte mit Gesprächen aus der herkömmlichen Konsultationsroutine bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. Ursprünglich sollte die Fragestellung im Rahmen des bereits erwähnten BILANZ-Projektes analysiert werden. Aufgrund projektbedingter Verzögerungen und eines verhältnismäßig geringen Materialbestandes wurde schließlich auf Videoaufzeichnungen aus dem Vorläuferprojekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ zurückgegriffen.

Die videoaufgezeichneten Gespräche wurden insbesondere inhaltlich bereits im Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ analysiert und die damalige Auswertung der Gespräche erfolgte, um Entwicklungsprozesse nachzuvollziehen. Dabei wurden die Gespräche jedoch nicht bzgl. der beiden Gesprächstypen in Bezug auf ihre Patientenzentrierung verglichen und auch nicht bzgl. der Gesprächsanteile untersucht. Ebenso wurden zur Analyse der Gespräche nicht das RLI verwendet. In dieser Arbeit wurden nunmehr in Abgrenzung zum Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ unterscheidbare Gesprächsmerkmale analysiert und damit eine Evaluation der Veränderung des Gesprächsverhaltens der Ärzte, insbesondere in Bezug auf die Patientenzentrierung, durchgeführt. Durch das Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ lagen Protokolle vor, die einen Vergleich der beiden Gesprächstypen in einer Sekundäranalyse ermöglichten.

Da es sich um eine Sekundäranalyse handelt, stand die Zahl auswertbarer Fälle bereits fest. Mit einer Anzahl von acht Videoaufzeichnungen pro „Studienarm“ konnte gezeigt werden, dass sich aufgetretene Strukturen wiederholten und zentrale Merkmale der Gespräche deutlich wurden. Weiterhin waren die Unterschiede zwischen den beiden Gesprächstypen sinnvoll interpretierbar. „Denn Fälle und Datenmaterial werden hier (in qualitativen Arbeiten) danach erhoben, ob von den gewonnenen Daten Aussagen für die Fragestellung erwartet werden können, ob sie zur weiteren Klärung beitragen können oder ob ein möglichst vollständiges Bild entstehen kann.“ (Sielk et al. 2004, S. 336) Bei einer rein qualitativen Arbeit würde man von einer erreichten „Sättigung“ sprechen, so dass hier von einer ausreichend großen Anzahl ausgegangen werden kann.

Da es sich um eine Sekundäranalyse handelt, war eine Ergänzung dieser Studie um weitere Videoaufzeichnungen nicht vorgesehen. Trotzdem sei auch erwähnt, dass es v. a. bei Interventionsstudien schwierig ist, Ärzte für Videoaufzeichnungen ihrer Patientengespräche zu

gewinnen (Stock et al. 2012). Eine Konsequenz daraus könnte lauten, dass bei Interventionen, die auf das Gesprächsverhalten zielen, randomisierte kontrollierte Studien eben gerade nicht den Goldstandard darstellen können.

Gleichwohl kann bzgl. Veränderung der Faktorenwerte zwischen Erst- und Folgedokumentation des quantitativen Teils dieser Arbeit kein Repräsentationsanspruch erhoben werden. Allerdings gibt es in Deutschland insgesamt – im Unterschied zu bspw. den Niederlanden – auch keine Kultur der Videodokumentation und –analyse, welche höhere Fallzahlen ermöglichen würden. Zusammenfassend kann darauf hingewiesen werden, dass diese Studie einen explorativen Charakter hat. Insbesondere werden durch sie Fragen und Hypothesen aufgeworfen, die weiter verfolgt werden können.

Bezüglich Interpretationsgrenzen von Videoaufzeichnungen merkte Bahrs an, dass die Situation mit einer Videoaufzeichnung von einer Situation ohne Videoaufzeichnung verschieden ist. Häufig wird daher ein *Bias* durch die Aufzeichnungssituation vermutet. Da allerdings auf „empirischer Basis systematisch nicht zu ergründen ist, wie die Aufzeichnungssituation auf die Interaktionssituation Einfluss nimmt, weil ohne die Dokumentation keine Vergleichsdaten vorliegen können“ (Bahrs 2005, S. 239), können eventuelle Verzerrungen dahingehend nicht behoben werden. Dies kann und muss in Kauf genommen werden, da ohne Aufzeichnung keine nachvollziehbaren Informationen über die Interaktion vorliegen würden.

Weiterhin ist die Möglichkeit eines Auswahl-*Bias* nicht auszuschließen. Die Teilnahme am Projekt „Gesundheitsfördernde Praxen“ war freiwillig. Im Rahmen des Projektes fand in monatlichen Abständen ein Qualitätszirkel der teilnehmenden Ärzte statt. Bei diesen Qualitätszirkeltreffen wurden die von ihnen videodokumentierten Fälle diskutiert und daraus konkrete Anregungen für eine Veränderung der Gesprächspraxis entwickelt. Dadurch ist es möglich, besonders motivierte und an Kommunikation interessierte Ärzte in die Studie eingeschlossen zu haben. Engagierte Ärzte, die an freiwilligen Projekten teilnehmen, haben unter Umständen auch bereits mehr Kommunikationsschulungen besucht. Denkbar ist außerdem, dass v. a. Ärzte teilnahmen, die sich ihrer Kommunikationsfähigkeiten bewusst sind (Mead et al. 2002). Im Hinblick auf die hier untersuchten Unterschiede zwischen den Gesprächstypen könnte dies bedeuten, dass schon relativ patientenzentriert kommuniziert wurde und Veränderungen geringer ausfallen, als dies bei weniger geschulten Ärzten der Fall wäre. Denkbar wäre allerdings auch, dass Ärzte, die bereits über mehr Erfahrungen im

Bereich der Kommunikation verfügen, in stärkerem Maße dazu in der Lage sind, ein neues Gesprächskonzept umzusetzen.

Trotz der Freiwilligkeit der Teilnahme konnte ein breites Spektrum abgebildet werden: So wurden Ärzte im Alter zwischen 38 und 59 und Patienten zwischen 33 und 81 Jahren erfasst. Bei den Ärzten wurden außerdem Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie psychotherapeutischen Qualifikationen, psychosomatischen und naturheilkundlichen sowie mit verschiedenen internistischen Schwerpunkten erfasst. Die Geschlechterverteilung der Patienten war relativ ausgewogen (5 Patientinnen und 3 Patienten). Die stärkere Teilnahme von Frauen wurde schon in früheren Studien vorgefunden (Roter et al. 1988) und entspricht auch den Zahlen der Krankenkassen sowie einer Studie des Robert-Koch-Instituts, die eine stärkere Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung bei Frauen in Deutschland im Vergleich zu Männern feststellte (Ratty et al. 2013). Bei den Ärzten bestand eine ungleiche Verteilung (1 Ärztin und 7 Ärzte). Ob das daran liegt, dass mehr Männer als Hausärzte arbeiten, oder dass diese von ihren Kommunikationsfähigkeiten stärker überzeugt sind, oder öfter an Studien teilnehmen, oder dass die Ärztinnen weniger von ihren Kommunikationsfähigkeiten überzeugt sind, weniger an Studien teilnehmen und insgesamt weniger Hausärztinnen praktizieren, wurde rückwirkend nicht eruiert. Jedoch gibt es eine Studie über die Teilnahme von Hausärzten an qualitativen Studien aus der Region, die das Überwiegen des männlichen Geschlechts in der Ärzteschaft bei Studienteilnahmen in der Region wie auch in ganz Deutschland bestätigt (Wetzel et al. 2005).

5.4 Diskussion der Ergebnisse

Hier erfolgt die Diskussion der unter qualitativen und quantitativen Blickwinkeln erhobenen Ergebnisse auch in Bezug zur vorhandenen Literatur. Dies geschieht, indem die Ergebnisse bewertet und interpretiert sowie auf das theoretische Modell der Patientenzentrierung rückbezogen werden.

5.4.1 Zeit als eigenständiger Einflussfaktor auf die Patientenzentrierung

Die durchschnittliche Dauer der herkömmlichen Gespräche des Gesprächstyps I lag über der in anderen Studien gemessenen durchschnittlichen Konsultationslänge (Wilm et al. 2004). Als mögliche Ursache hierfür wird der Behandlungsanlass angenommen, der in dieser Arbeit eine chronische Erkrankung enthielt, während es sich in den anderen Studien um akute Behandlungsanlässe wie beispielweise Kopfschmerzen oder Husten handelte.

In den Gesprächen des Gesprächstyps II zeigte sich eine erwartungsgemäße Verlängerung der Gesprächsdauer um durchschnittlich neun Minuten. Ob allein die verlängerte Gesprächsdauer eine verstärkte Patientenzentrierung bedeutet und durch diese ausgelöst wurde, lässt sich hier nicht klären.

Es liegen Studien vor, denen zufolge die Dauer der Gespräche nach einem Training zu patientenzentrierter Kommunikation nicht signifikant zunahm (Maatouk-Bürmann et al. 2016). Dem gegenüber dauerten bei Ärztinnen, denen in einer Übersichtsarbeit ein stärker patientenzentriertes Vorgehen als den männlichen Kollegen attestiert wurde, die Patientengespräche im Durchschnitt ca. zwei Minuten länger (Jefferson et al. 2013). Eine mögliche Schlussfolgerung könnte lauten, dass die patientenzentrierte Herangehensweise nicht unbedingt für die verlängerte Dauer verantwortlich ist. Der Grund für die verlängerte Dauer der Gespräche ist wohl im Charakter des Bilanzierungsdialogs zu finden, bspw., dass ein Bilanzierungsdialog außerhalb der Routine geführt wird oder ein Gespräch mit einer salutogenen Orientierung ist. Weiterhin kann ein bilanzierendes Gespräch, welches sehr verschiedene, meist nicht auf der Tagesordnung stehende Aspekte der Erkrankung und Therapie einbezieht, verständlicherweise nicht in der gleichen Zeit wie ein Routinegespräch, in dem es außerdem meist um konkrete Handlungsschritte bzw. Anliegen geht, abgehandelt werden. So konnte u. a. durch die Eurocom-Studie gezeigt werden, dass sich die Dauer von Arzt-Patienten-Gesprächen aufgrund anlassbezogener und patientenbezogener Merkmale verändert (Bahrs 2003).

Eine wichtige Voraussetzung für ein patientenzentriertes Gespräch ist die Zeit. So beeinflusst die Zeit gleich mehrere Dimensionen der Patientenzentrierung direkt: Sowohl der Arzt kann sich ohne Zeitdruck besser auf den Patienten und das Gespräch einlassen (*Arzt als Person, Förderung selbstverantwortlichen Handelns*), als auch der Patient selbst. So wird der Patient ohne ein Gefühl des Zeitdrucks offener und gesprächsbereiter im Gespräch sein (*Patient als Person*). Darüber hinaus benötigt auch die Arzt-Patienten-Beziehung Zeit (*Therapeutische Bündnis*). Dementsprechend trägt nicht nur die Dauer einer einzelnen Konsultation zu einem patientenzentrierten Gespräch bei, sondern auch die gesammelte gemeinsame Zeit („erlebte Anamnese“) (Fischer und Abholz 2012, Mead und Bower 2000). Der Bilanzierungsdialog ermöglicht eine Explikation des in der erlebten Anamnese entwickelten impliziten Wissens und leistet so einen wichtigen Beitrag zu einer patientenzentrierten Versorgung, da er außerhalb des alltäglichen Sprechstundenalltages geführt werden soll, da der Patient im Vorhinein weiß, dass das Gespräch über den üblichen zeitlichen Rahmen gehen darf und da es in regelmäßigen Abständen geführt werden sollte.

5.4.2 Steigerung der aktiven Patientenbeteiligung am Gespräch

Der Anspruch, dem Patienten „mehr Raum“ zu geben (Bensing 1991), konnte im Gesprächstyp II erfüllt werden. Die Gespräche dauerten, wie geschildert, länger. Dies kann als ein weiterer Hinweis gesehen werden, dass im Gesprächstyp II ein Bilanzierungsdialog umgesetzt wurde. Denn die Konzeption des Bilanzierungsdialogs sieht eine, im Vergleich zum durchschnittlichen Gespräch der herkömmlichen Versorgung, verlängerte Gesprächsdauer vor (Bahrs und Matthiessen 2007).

Die Auswertung der Gesprächstranskripte nach Gesprächsanteilen zeigte außerdem sehr eindrücklich, dass durch den Bilanzierungsdialog auch die Gesprächsanteile der Patienten deutlich stiegen (im Mittel um 16,68 %) und nicht nur eine verlängerte Gesprächszeit beider Gesprächspartner erreicht wurde. Der Anstieg der Gesprächsanteile der Patienten gibt Anlass zur Annahme, dass damit eine verstärkte Orientierung an der Agenda der Patienten selbst möglich wird. Diese wiederum würde ein Aufgreifen bzw. eine Thematisierung psychosozialer Aspekte möglich werden lassen und den Bezug zur Lebenswelt des Patienten im Gespräch fördern. Dass bei den Ärzten verstärkt Interaktionen festgestellt wurden, die bspw. mit dem Item 23 (Lebenssituationsexploration) kodiert wurden, kann als eine Bestätigung für die Orientierung an der Agenda des Patienten im Gesprächstyp II begriffen werden.

Im RLI werden die aktiven Handlungen der Ärzte abgebildet, also wurden in mehr Minuten Fragen zu diesem Kontext gestellt. Dass die Ärzte aber den Patienten auch mehr Raum in der Sprechstunde gaben, kann dann anhand der weiteren Daten bestärkend ermittelt werden: Der Gesprächsanteil der Patienten wurde messbar vergrößert, der festgestellte Rapport der Ärzte (Item 10) zugleich durchschnittlich höher bewertet und es kam zu weniger Musterunterbrechungen (Item 12), die für ein Übergehen der Agenda der Patienten sprechen könnten.

Weiterhin wurden bei Handlungen des Items 13, also der Gesprächssteuerung (und Expertenratschlag) der Ärzte, sogar rückläufige Mittelwerte in den Folgegesprächen ermittelt.

Der sehr große Effekt, der durch den Bilanzierungsdialog zur verstärkten Beteiligung der Patienten an den Gesprächen gemessen wurde, ist besonders bemerkenswert, wenn man davon ausgeht, dass Patienten heutzutage immer stärker mit in die Verantwortung des Heilungsprozesses eingebunden werden wollen und dafür auch verstärkt beteiligt werden müssen (Emmerling 2014). Weiterhin ist die Beteiligung des Patienten am Gespräch auch für das Miteinander von Arzt und Patient von Bedeutung. So werden bspw. Ärzte von

ihren Patienten besser in Umfragen bewertet, wenn diese ihren Patienten mehr Raum zum Sprechen einräumen (Mazzi et al. 2013).

Neben der Bereitschaft des Arztes, seinem Patienten mehr Gelegenheit zur Gesprächsbeteiligung einzuräumen, ist im Gespräch selbst jedoch auch der Einsatz des Patienten selbst gefragt.

So waren in den hier ausgewerteten Gesprächen des Gesprächstyp I, mit Ausnahme eines Gespräches, in dem die Gesprächsanteile von Arzt und Patient nahezu gleich (49,54 % zu 50,46 %, A_06) verteilt waren, alle anderen Gespräche von dem ärztlichen Gesprächspartner mit Gesprächsanteilen von über 50 % (bis hin zu 83 %) dominiert. Im Gesprächstyp II überwog nur noch in drei der acht Gespräche der Gesprächsanteil der ärztlichen Seite. Dem entgegengesetzt stieg in einem Gespräch sogar der Gesprächsanteil des Arztes noch weiter (von 58,32 % im Gesprächstyp I auf 72,82 % im Gesprächstyp II, A_11).

Da insbesondere das Gespräch des Gesprächstyp II des Arztes mit der Nummer 11 aus dem Rahmen fiel, wurde dieses erneut betrachtet, um Hinweise auf die mögliche Ursache dieser Gesprächsanteilsentwicklung gegen den Trend der anderen Ärzte zu erhalten. Dabei zeigte sich, dass die 81-jährige Patientin dem Arzt mit ausweichenden Sätzen („Das weiß ich nicht.“, „Ja, ich nicht.“, „Ich weiß nicht.“) antwortete und damit keine Annäherung zuließ und sie auf diese Weise von ihrer Seite aus kein Gespräch ermöglichte.

Zunächst hätte die gestiegene Standardabweichung (von 12,92 im Gesprächstyp I auf 14,00 im Gesprächstyp II), also die etwas verstärkte Uneinheitlichkeit zwischen den einzelnen Gesprächen, so interpretiert werden können, dass die Ärzte unterschiedlich souverän in der Umsetzung ihres ersten Bilanzierungsdialogs waren. Nach der erneuten Betrachtung des Gesprächstyps II des Arztes mit der Nummer 11 und dem Vergleich mit den Gesprächen der übrigen Ärzte, ist die Deutung einzuschränken und der gesprächssteuernde Anteil dieser Patientin für einen Teil dieser größeren Standardabweichung besonders in Rechnung zu stellen.

Dies bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass nicht immer der Arzt für hohe eigene Gesprächsanteile verantwortlich sein muss. Ein Patient, der in der Konsultation aus den verschiedensten Gründen nicht spricht, veranlasst in den allermeisten Fällen erhöhte Gesprächsanteile des Arztes. Daraus ergibt sich, dass auch hohe Gesprächsanteile eines Arztes (z. B. mit starkem Akzent auf Lob / Anerkennung (Item 1), Ressourcenaktivierung

(Item 4) oder Nutzung der Sprache des Patienten (Item 16)) den Versuch einer patientenzentrierten Interaktion darstellen können.

Das Fazit könnte also lauten, dass der Arzt mit seinen Interaktionen, dann patientenzentriert vorgeht, wenn er auf den Patienten und dessen Signale eingeht. Dabei muss der Arzt die aktive Beteiligung des Patienten am Gespräch zulassen bzw. ermöglichen. Der Patient seinerseits muss das Gesprächsangebot des Arztes annehmen, damit eine Steigerung der aktiven Patientenbeteiligung im Gespräch erreicht werden kann.

5.4.3 Individualität der Gespräche

Die Thermografiken vermitteln dem Betrachter einen Eindruck von den Gesprächen. Die Fassbarkeit bzw. die Beschreibbarkeit der Thermografik an sich ist jedoch schwer. Ein Vergleich wurde in dieser Arbeit jedoch möglich. Auf der Suche nach der patientenzentrierten Ausrichtung der beiden Gesprächstypen wurden die Beratungsqualitäten der Gespräche eingehend analysiert. Eine für alle Gespräche gleich verlaufende Interventionsstruktur in Bezug auf die Gesprächsqualitäten konnte in dieser Studie nicht gefunden werden. So konnte festgestellt werden, dass bestimmte Beratungsqualitäten durchgängig und andere Beratungsqualitäten nur punktuell auftraten und dass für die Feststellung einer Beratungsqualität im Gesprächsverlauf keine bestimmte Stellung, z. B. am Anfang oder am Ende eines Gespräches, vorgefunden werden konnte. Dies bestätigte die Erwartung, dass Arzt-Patienten-Gespräche sehr individuell verlaufen können. Die Auswertung zeigte aber auch, dass es Gemeinsamkeiten in den komplexen Interventionsstrukturen gab. So wurde eine Art Eingangssequenz durch Veränderungen in der Ausprägung der festgestellten Faktoren, also der Itemzusammensetzung, und durch Intensitätsveränderungen ersichtlich. In dieser Einleitung wurde die Beziehungsgestaltung als das führende Element der Interventionsstruktur der beiden Gesprächstypen bestimmt. Darauf folgten Handlungen zur Problemanalyse. Die Steuerung der Gespräche durch den Arzt bzw. dessen Expertenratschläge wurden ebenfalls in allen Gesprächen festgestellt. Damit entsprach die Verteilung der Faktoren in der einleitenden Sequenz bereits der Gesamtverteilung der Faktoren über die Gespräche hinweg. Gespräche entwickeln sich aus den ersten Minuten eines Gespräches. Wie sich durch diese Auswertung zeigte, enthalten die ersten Minuten aber schon einen Großteil der Beratungsqualitäten, die dann in dem Gespräch auftauchen. Damit ließ die Analyse der Eingangssequenzen also auch bereits Rückschlüsse auf die gesamte Gestaltung eines Gespräches zu. Eine mögliche didaktische Konsequenz wäre ein besonderes Augenmerk auf die Eröffnung von Gesprächen zu legen.

Zu erwähnen ist auch, dass die Dauer der Einleitungssequenz bei den Gesprächen des Gesprächstyps II konstant blieb. Dies ist möglicherweise damit zu begründen, dass zwar die Problematik beiden Seiten bekannt war, dafür aber der Rahmen des „neuartigen“ Gespräches erst abgesteckt werden musste. Die Patienten kannten schließlich bis dato keinen Bilanzierungsdialog. In Zukunft wäre es interessant zu wissen, ob sich die Einleitung verkürzt, wenn die Patienten wissen, was in einem Bilanzierungsdialog auf sie zukommt. Damit würde bei gleicher Gesprächslänge mehr Zeit für das eigentliche „Bilanzieren“ zu Verfügung stehen.

Dass neue Elemente in der Einleitung der Gespräche des Gesprächstyps II, wie bspw. das Erfragen von Ausnahmen, gefunden werden konnten, ist auch als Hinweis darauf zu werten, dass durch die Anwendung eines Bilanzierungsdialogs die Interventionsstruktur der Ärzte bereits in der einleitenden Sequenz verändert wurde.

Unter anderem beschrieb Have, dass Arzt-Patienten-Gespräche aus Sequenzen bestehen (Have 2006). So wurde vermutet, dass sich weitere „Sequenzen“ in den Thermografiken abgrenzen lassen würden oder zumindest eine ähnlich gestaltete Schlusssequenz auffinden lassen müsste. Dem war nicht so.

Eine Erklärung für die unmögliche Abgrenzbarkeit der Schlusssequenz konnte bei erneuter Betrachtung der Videos gefunden werden: Die abschließende Sequenz, in der das Gespräch beendet wurde, wurde bei einzelnen Videoaufnahmen nicht dokumentiert. Bei einer ähnlich strukturierten Studie sollte den Ärzten eingehend vor Aufzeichnung der Videoaufnahmen erklärt werden, dass ein ganzes Gespräch – auch das ihnen vielleicht unwichtig erscheinende Ende – enthalten sein sollte. Ein weiterer Interpretationsansatz für das Fehlen einer Schlusssequenz in vollständig videodokumentierten Gesprächen ist das letztmögliche Fehlen eines förmlichen Gesprächsendes. Dies wäre dann nicht gleichbedeutend mit einem Dokumentationsproblem, sondern ein elementares Interaktionsproblem. Ein möglicher Interpretationsansatz dessen wäre, wenn ein Gespräch zwar eröffnet wird – und damit die gemeinsame Wirklichkeit der Sprechstunde geschaffen wird –, aber nicht beendet wird, so ist es für den Patienten, als ob diese Sprechstundenwirklichkeit zum Bestandteil seines Alltags wird. Dies wäre mit einer „Medikalisierung“ (Egidi 2007, S. 8) gleichzusetzen.

5.4.4 Veränderungen der Interventionsstruktur im direkten Vergleich

Die Ergebnisse des direkten Gesprächsvergleiches wurden aus den Daten der einzigen weiblichen Teilnehmerin der Ärzte, wie oben diskutiert (5.2.2), erhoben.

Die Thermografik des Gesprächstyps II wies ein gegenüber dem Gesprächstyp I ausdifferenziertes Muster hin, das auch in verschiedenen Intensitätsbreiten der einzelnen Items zum Ausdruck kommt. Ob die Veränderungen der Intensitätsbreiten auch für Veränderungen des gewohnten Vorgehens eines Arztes steht, könnte bspw. überprüft werden, indem mehrere Videoaufzeichnungen aus der Routineversorgung ausgewertet werden. Damit würde ermittelbar, ob der jeweilige Arzt bestimmte Intensitätsbreiten bei bestimmten Items eher verwendet oder aber, ob sich keine Übereinstimmungen finden lassen. Das würde dafür sprechen, dass der Arzt situationsspezifisch handelt.

Im hiesigen Setting war eine solche Überprüfung noch nicht möglich. Die Interventionen, die im Gesprächstyp II festgestellt wurden und welche mit einer zunehmenden Intensitätsbreite bewertet wurden (bspw. Exploration der Entstehungsgeschichte, Anregungen Ziele zu äußern, Anliegen klären), waren mit den Kernelementen des Bilanzierungsdialogs vereinbar. Auch ergab die Analyse der Intensitätsbreite im Gesprächstyp II, dass insbesondere durch die Interventionen, der im Gesprächstyp II erstmals festgestellten Elemente (Zielspezifizierung, Darstellung von Unterschieden, Zielerleben, Hilfe, etwas anders zu machen sowie der Nutzung von Patientensprache), veränderte Schwerpunkte im Gespräch deutlich wurden. Ein solcher neuer Schwerpunkt war die Zielaktualisierung. Mit Hilfe des Bilanzierungsdialogs sollen Ziele in der Therapie erarbeitet und gangbare Wege diese zu verwirklichen mit dem Patienten gemeinsam eruiert werden. Die Zielaktualisierung ist also auch im Konzept des Bilanzierungsdialogs ein zentrales Element.

Das insgesamt differenziertere Bild der Thermografik des Gesprächstyps II lässt die Interpretation zu, dass die Ärztin insgesamt mehr auf den Patienten eingeht als im Gesprächstyp I. Denn die divergierenden Items deuten auf eine größere Vielfalt an Interaktionen hin.

Da im hier vorliegenden Paarvergleich die veränderten Intensitätsbreiten des Gesprächstyps II dem Bilanzierungsdialog passend zugeordnet werden konnten, ist von einem Effekt des Bilanzierungsdialogs auszugehen. Mit Hilfe der Struktur des Bilanzierungsdialogs erzeugte die Ärztin dementsprechend ein differenzierteres Interventionsmuster. Wenn man weiterhin davon ausgeht, dass ein variables Interaktionsmuster auf eine erhöhte Patientenzentrierung hinweist, da dieses zeigt, dass auf unterschiedliche Weisen auf den Patienten eingegangen wird, so ist zugleich auch ein verstärkt patientenzentriertes Gespräch möglich geworden.

Das Interaktionsmuster wird dabei sowohl durch die unterschiedlichen Aktionen als auch durch die variable Fertigkeit mit welcher die Aktionen ausgeführt und in der Folge dann

mit verschiedenen Intensitäten bewertet werden differenzierter. Theoretisch können also auch Aktionen mit schwächeren Intensitäten das gesamte Interaktionsmuster differenzierter und damit patientenzentrierter gestalten (bspw. eine Problemreflexion, Item 2, die mit „1“ bewertet wird, da diese mit weiteren Interventionen (bspw. eines Zukunftsaspekts) in einer Minute auftritt und nicht überwiegt). So kann man nicht darauf schließen, dass ein Gespräch weniger patientenzentriert ist, weil im Gesprächstyp II auch vermehrt Intensitäten von „1“ bestimmt wurden, im Gesprächstyp I jedoch v. a. Interventionen dieses Items mit Intensitäten von „2“ und „3“ bewertet wurden. Denn im Gesprächstyp II erweiterte sich damit die Intensitätsbreite des Gesprächs bezogen auf dieses Item und dies kann für ein verstärktes Eingehen auf den Patienten stehen.

Weiterhin konnte schon der reine Vergleich des Faktorenauftretens und der direkte Vergleich der Ausprägung der einzelnen Faktoren, die ja letztlich durch den Rater festgestellte Handlungen darstellen, ein verstärkt patientenzentriertes Verhalten der Ärztin im Gesprächstyp II aufzeigen. Dabei vermittelten die Thermografiken dem Betrachter den Eindruck einer sehr aufmerksamen Gesprächshaltung der Ärztin in beiden Gesprächen. Im Gesprächstyp II betonte die Ärztin jedoch die Beziehungsgestaltung, Faktor 4, indem Interaktionen, die in diese Beratungsqualität eingeordnet wurden, früher im Gespräch festgestellt wurden und damit die Beziehungsarbeit besonders hervorgehoben wurde. Auch in der Darstellung des Faktors 3, dem Konkretisieren von Lösungen, wurden deutliche Unterschiede zwischen den Strukturen der beiden Gesprächsformen sichtbar. Dort fand sich dann auch ab der 14. Minute ein differenzierteres Bild. Den Anliegen eines Bilanzierungsdialogs wurden im Gesprächstyp II u. a. damit Rechnung getragen, dass durch die festgestellten Interventionen die Einbeziehung der Patientensichtweise durch eine intensivere Fokussierung des Gesprächs auf die Lösungsfindung verstärkt wurde. Durch den Faktor 2 wurde im Gesprächstyp II am Ende deutlich, dass auch Interaktionen zur Zielaktualisierung auftraten. Damit wurde die zukunftsgerichtete Komponente des Bilanzierungsdialogs in die Gesprächsstruktur aufgenommen.

Die Herangehensweise durch den direkten Vergleich der Faktorenausprägungen bestätigte sich als adäquate Methode, um die Besonderheiten aufdecken und Veränderungen darstellen zu können. Dadurch konnte auch die mögliche Bedeutung der Items des Typs „Alternativen Denkens“, Faktor 6, ermittelt werden. In der Folge darauf kam es zum Wendepunkt des Gesprächs, indem neue Handlungsweisen festgestellt wurden.

Hier begann der Bilanzierungsdialog. Konkret bedeutete dies, dass das Gespräch durch diese Intervention von einem problemanalytischen Schwerpunkt zu einer verstärkten Zielaktualisierung und v. a. zu einem verstärkten Konkretisieren von Lösungsmöglichkeiten geführt wurde. Hier handelt es sich also gewissermaßen um ein Umsteuern der Ärztin gegenüber ihrem bisherigen Vorgehen. Auch in der Fachliteratur ist ein erst im Verlauf des Gespräches einsetzender Bilanzierungsdialog beschrieben. So „kann der Bilanzierungsdialog gleichsam phasenverzögert beginnen“ (Bahrs und Matthiessen 2007, S. 310). Bei weiteren Auswertungen mittels des RLI könnte das Item 12 möglicherweise als Indiz für Veränderungen in der Interventionsstruktur zu werten sein.

Letztendlich konnten die diskutierten Ergebnisse verdeutlichen, dass mit dem Gesprächstyp II ein Gesprächsformat zur Verfügung steht, das als strukturelles Angebot zur Veränderung der Interventionsstrukturen der ausgewählten Ärztin zu verstehen ist. Dass der Start des Bilanzierungsdialogs im engeren Sinne phasenverzögert stattfindet, kann damit zusammenhängen, dass die Patientin zunächst ein aktuelles Gesprächsanliegen hat und die Ärztin gewissermaßen einen Vorlauf im Gespräch benötigt, bevor das eigentliche Bilanzierungsgespräch beginnen kann. Das anfängliche Eingehen auf das aktuelle Anliegen der Patientin wäre dann ebenso wie die Umsteuerung zum Bilanzierungsdialog („Alternatives Denken“ Faktor 6) als patientenzentriert zu werten und könnte als Lerneffekt (durch den Qualitätszirkel des Projektes „Gesundheitsfördernde Praxen“) gewertet werden.

5.4.5 Faktorenmittelwerte der Gesprächstypen

Die Reihenfolge der Gewichtung der Faktorenmittelwerte ist in den beiden Gesprächstypen unverändert. Dies kann ein Hinweis auf elementare Bestandteile eines Arzt-Patienten-Gespräches sein. Gleichzeitig könnte es auch dafür sprechen, dass das Hausarzt-Patienten-Gespräch „institutionalisiert“ ist: Das Gespräch folgt einem Muster, das den Akteuren in seiner Grundstruktur bekannt ist, obwohl es sich bei jedem Gespräch um individuelle Situationen und Personen handelt. Diese Begebenheit würde darauf hindeuten, dass Änderungen schwer zu erreichen sind.

Die wichtigsten Elemente der hier untersuchten hausärztlichen Gespräche sind – wie die hohen Mittelwerte aufzeigen – die Beziehungsgestaltung (Faktor 4) und die Problemanalyse (Faktor 1). Die dezenten Veränderungen ihrer Anteile an den beiden Gesprächstypen wurden nicht durch den Bilanzierungsdialog hervorgerufen, wie die Berechnungen der Ef-

Effektstärke *Cohen's d* der Faktorenmittelwerte zeigte. Dass die Beziehungsgestaltung und die Problemanalyse wichtige Elemente in beiden Gesprächstypen sind, überrascht nicht.

Zunächst erstaunlich ist jedoch, dass die Veränderung der Faktorenmittelwerte der Ressourcenorientierung (Faktor 5) im Gesprächstyp II nicht auf den Bilanzierungsdialog zurückzuführen ist und laut der Berechnung der Effektstärke *Cohen's d* als zufällig betrachtet werden muss. Zu erwarten wäre ein Anstieg der als Ressourcenorientierung betitelten Gesprächsqualität zu erwarten gewesen. Dies war nicht festzustellen, sondern es zeigte sich eine dezente Abnahme des Faktors bzw. Mittelwertes (von 0,5 auf 0,45). Möglicherweise liegt das daran, dass die salutogene Orientierung des Bilanzierungsdialogs, die ja für alle Interaktionen eines Gespräches gilt, nicht mit einer isolierten Beratungsqualität gleichgesetzt werden kann. Demgemäß zeigte die itembezogene Analyse des Faktors, dass nur ein Item (Item 1) zurückging, während die anderen beiden Items (Item 3 und 4) anstiegen (vgl. Tabelle 12).

Weiterhin bemerkenswert ist, dass die Faktorenmittelwerte der Beratungsqualitäten „Konkretisierung von Lösungen“ (Faktor 3) und „Alternatives Denken“ (Faktor 6) im Gesprächstyp II durch den Bilanzierungsdialog verändert wurden. Passend zu den Zielen des Bilanzierungsdialogs, den Therapieverlauf zu evaluieren und gemeinsame Therapieziele zu finden (Bahrs und Matthiessen 2007), konnte der Bilanzierungsdialog auf der Faktorebene als Auslöser (mit einem kleinen Effekt) für die Veränderungen ermittelt werden. Dass auf Faktorebene ein kleiner Effekt vorgefunden wurde, zeigt, dass selbst in diesem Setting, in dem der Bilanzierungsdialog erstmals angewendet wurde (ohne vorhergehende Schulungen für die Ärzte) der Bilanzierungsdialog bereits zu bedeutsamen Veränderungen führte. Es ist davon auszugehen, dass in folgenden Studien mit eingehenden Schulungen für die Ärzte noch größere Effekte aufgefunden werden können.

Einen starken Effekt zeigte der Bilanzierungsdialog in Bezug auf die Zunahme der Mittelwerte der Zielaktualisierung (Faktor 2) in den Gesprächen des Gesprächstyps II. Die dazugehörige Standardabweichung ist die einzige, die im Gesprächstyp II größer wurde. Während also die Handlungen, die zu den übrigen Faktoren bzw. Beratungsqualitäten zugeordnet werden, durch den Bilanzierungsdialog vereinheitlicht wurden, wurden die Handlungen der Zielaktualisierung im Gesprächstyp II unterschiedlicher umgesetzt. Dabei wurde für diese Handlungen der Zielaktualisierung im Gesprächstyp II mittels *Cohen's d* ein starker Effekt berechnet. Da es sich bei dem Faktor der Zielaktualisierung zugleich um die durch den Bilanzierungsdialog am stärksten veränderte Gesprächsqualität handelt, scheint

es, als ob unter den Ärzten zwar Einigkeit über die anzusteuende Dimension bestand, nicht aber über die Art der Umsetzung. Es wäre spannend zu überprüfen, ob eine vergrößerte Standardabweichung auch in weiteren Studien bestehen bleibt. Dies würde anzeigen, dass die Ärzte weiterhin unterschiedlich die Ziele in der Therapie verhandeln. Dies wiederum würde dann die Frage nach dem „Weshalb“ aufwerfen: Vorstellbar wäre, dass es mehr Anleitung bzgl. des Verhandeln von Zielen im Gespräch durch den Bilanzierungsdialog bedarf oder auch, dass eine solche Verhandlung von unterschiedlichen Patienten verschieden zugelassen wird. In beiden Fällen würde sich letztendlich eine größere Standardabweichung ergeben.

Der Bilanzierungsdialog hatte also zusammenfassend bedeutsame Auswirkungen auf die Gespräche des Gesprächstyps II, wie durch die statistische Überprüfung gezeigt werden konnte. Das Auftreten der Zielaktualisierung als einer neuen Beratungsqualität ist bemerkenswert, insbesondere wenn man bedenkt, dass die Hausarzt-Patienten-Gespräche einem den Akteuren bekannten Muster folgen und Veränderungen schwer zu erreichen sind.

Die Faktoren, also die Beratungsqualitäten, des RLI sind per se mit den Zielen des Bilanzierungsdialogs vereinbar. Bei Betrachtung der Faktorenmittelwerte sollte jedoch auch beachtet werden, dass die Hauptelemente (Item 13, Item 10, Item 2) in beiden Gesprächstypen einen hohen Anteil besaßen und Veränderungen gerade bei weniger vertretenen Items für nachhaltige Veränderungen der Interventionsstruktur sprechen. Da die Patientenzentrierung anhand der Items abgebildet werden sollte, sind die Veränderungen auf Itemebene besonders relevant.

5.4.6 Veränderungen der Beratungsqualitäten

Beziehungsgestaltung

Die Beziehungsgestaltung, **Faktor 4**, konnte in dieser Arbeit durch die quantitative Analyse der Daten als zentraler Bestandteil der herkömmlichen Versorgung eines Patienten mit chronischer Erkrankung identifiziert werden. Die Feststellung dieser Beratungsqualität lässt in allen Gesprächen den Rückschluss auf ein respektvolles Interesse seitens des Arztes und eine durch ihn „kooperativ-offen“ gestaltete Beziehung zu (Honermann 1999, S. 65). Auch in den Gesprächen des Gesprächstyps II nahm die Beziehungsgestaltung den größten Anteil ein. Einen starken Effekt konnte durch den Bilanzierungsdialog bei der Zunahme der Mittelwerte der Items 23, 16, 10 ermittelt werden. Dabei nahm zwar das Hauptitem

(Item 10 „Rapport“) im Gesprächstyp II am stärksten zu, aber die Ärzte verwendeten in ihrer Interventionsstruktur nun auch verstärkt die Sprache ihrer Patienten (Item 16) und zeigten ein gesteigertes Interesse am Lebenskontext der Patienten (Item 23). In der Annahme, dass sich die Patienten dadurch auch besser verstanden fühlten und unter dem Aspekt, dass sich Patienten von ihrem Hausarzt als besser betreut ansehen, wenn sie sich verstanden fühlen (Rhodes et al. 2016), ist diese Beratungsqualität auch ein wichtiges Element in der Arzt-Patienten-Beziehung. Gleichwohl ist der messbare Abfall des Mittelwertes des Items 11 „Wahrnehmung des Patienten als kompetent“ überraschend. Möglicherweise löste sich diese Komponente in den anderen Elementen der Beziehungsgestaltung auf. So wurde im direkten Gesprächsvergleich der Ärztin deutlich, dass in Minuten ohne Item 11 im Gesprächstyp II bspw. eine neue Interaktionsmöglichkeit festgestellt wurde und das Item 16 kodiert werden konnte. Unter Umständen fühlten sich die Ärzte dadurch, dass sie den Patienten mehr Gesprächsanteile überließen, auch nicht mehr veranlasst, den Patienten explizit in seiner Kompetenz ermutigen zu müssen. Somit wurden diese Interaktionen weniger festgestellt und kodiert. Übereinstimmend mit diesen Vermutungen konnte eine deutlich differenzierter gestaltete Beziehungsgestaltung durch die Auswertung der Thermografiken der Gespräche des Gesprächstyps II vorgefunden werden. Ein Beispiel dafür ist eine verstärkte Auftrags- und Anliegenklärung (Item 5) in der Gesprächsstruktur der Ärzte. Im Hinblick darauf, dass Ärzte das Informationsbedürfnis ihres Patienten häufig nicht gut einschätzen können (Street 1991), spricht dies für eine Optimierung der Versorgung. Weiterhin wurden durch die qualitative Analyse vergrößerte Intensitätsspannen beim Rapport (Item 10) der Ärztin des direkten Paarvergleichs notiert und maximale Intensitäten der Farbausprägungen festgestellt. Dadurch wurden eine differenziertere Arzt-Patienten-Interaktion im Gespräch und die Möglichkeit, dass die Ärztin die emotionale Komponente im Folgegespräch weiter ausbaute (Item 10), deutlich. In anderen Studien wurde gerade die emotionale Komponente während der Konsultationen als der prägendste Faktor bzgl. des Outcomes der Patienten, welches als Lebensqualität der Patienten oder ihre Zufriedenheit erfasst wurde, bestimmt (Ong et al. 2000). Der Bilanzierungsdialog leistet also durch die vertiefte Beziehungsgestaltung einen Betrag zur Zufriedenheit der Patienten.

Problemanalyse

Die Problemanalyse, **Faktor 1**, nahm in den Gesprächen der herkömmlichen Versorgung und des Gesprächstyps II den zweitwichtigsten Stellenwert in Bezug auf den Mittelwert ein. Unterschiede in der Problemanalyse der beiden Gesprächstypen waren im direkten Ver-

gleich der Interventionsstruktur der Ärztin und in der globalen qualitativen Auswertung zunächst schwierig zu erkennen.

Situationsbedingt nimmt die Problemanalyse einen wichtigen Platz im ärztlichen Gespräch ein. Denn Konsultationsanlässe im hausärztlichen Setting – zumindest im herkömmlichen – sind in der Regel konkrete Anliegen seitens des Patienten (Junius-Walker und Theile 2007). Die Analyse der Gesprächsstrukturen ergab schließlich, dass die Ärzte auf verschiedene Weise Problemanalyse betrieben – insbesondere mit Blick auf die beiden Gesprächstypen. Einem Bilanzierungsdialog entsprechend nahm die Defizitorientierung (Item 7) an Häufigkeit und Nachdrücklichkeit in den Gesprächen des Gesprächstyps II ab. Weiterhin blieben Handlungen, welche den Patienten zur Reflexion seines Problems anregen (Item 2) stark in den Gesprächen des Gesprächstyps II vorhanden. Dies ist auch von Bedeutung, da bekannt ist, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen andere Erkrankungen, die nicht mit ihrer chronischen Erkrankung zusammenhängen, vernachlässigen (Rhodes et al. 2016). Eine differenzierte Problemanalyse, die zu einem umfassenderen Problemverständnis führt und im Bilanzierungsdialog anvisiert wurde, hat deshalb einen wichtigen Stellenwert für die Versorgung von oftmals multimorbiden Patienten. Das Problemerleben (Item 18) konnte in den Gesprächen mit Bilanzierungsdialog als neue Möglichkeit vorgefunden werden und es gab minutenweise keine aktive Problemanalyse von ärztlicher Seite. Denkbar ist bspw., dass der Patient in diesen Minuten selbst über sein Problem spricht. Das würde eine verstärkte Ermutigung des Patienten bedeuten und wäre ebenfalls einer verstärkten Patientenzentrierung dienlich. Gleichzeitig sollte dem Arzt bewusst sein, dass Patienten es bevorzugen, wenn der Arzt das Gespräch auf heikle Themen lenkt und sie das nicht selbst tun müssen, und das, obwohl sie gleichwohl mit ihm darüber reden möchten (Mazzi et al. 2016). Durch diese neue Möglichkeit des Problemerlebens können also auch verstärkt biographische und emotionale Aspekte der jeweiligen Erkrankung fokussiert und damit für den Patienten andere Handlungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Die Beratungsqualität der Problemanalyse enthielt in beiden Gesprächstypen zwei stark ausgeprägte Mittelwerte: Item 2 (im Gesprächstyp I 1,89 Gesprächstyp II 1,82) und Item 7 (im Gesprächstyp I 1,23 Gesprächstyp II 1,11). Während der Rückgang des Mittelwerts des Items 7 auf den Bilanzierungsdialog im Gesprächstyp II zurückgeführt werden darf, kann die veränderte Feststellung des Items 2 rechnerisch nicht als Effekt des Bilanzierungsdialogs gewertet werden. Die Problematisierungen, die mit Hilfe des Items 7 kodiert werden, bilden die Feststellung einer Fokussierung des Arztes auf pathologische Werte des

Patienten ab, und der Rückgang dieser Art der Problemanalyse ist mit dem Konzept des Bilanzierungsdialogs auch theoretisch zu erklären und war so zu erwarten (Bahrs und Matthiessen 2007). Dass durch das Item 2, das als Kernelement des Bilanzierungsdialogs zur gemeinsamen Evaluation des Krankheits- und Therapieverlaufs betrachtet wurde, in der quantitativen Auswertung kein bedeutsamer Effekt erzielt wurde, zeigt möglicherweise zum einen, dass es sich bei der Problemreflexion um eine Interaktion mit hoher Bedeutung in einem Arzt-Patienten-Gespräch handelt. Zum anderen zeigt dies, dass die qualitative Auswertung wertvolle Ergänzungen lieferte, indem sie bspw. das Item 2 häufig als einziges Element der Problemanalyse in Gesprächsminuten identifizierte. Denkbar ist also weiterhin, dass die Ärzte sich jetzt auf ein Anstoßen der Reflexion beschränken konnten und dann mit Zuhörersignalen und ähnlichem die weiteren Ausführungen der Patienten begleiteten. Ein Hinweis darauf könnte die im Gesprächstyp II häufiger gemeinsam bzw. intensiver in einer Minute kodierten Items 2 und 10 (Rapport) sein. Eine detailliertere Analyse würde eine inhaltliche Analyse benötigen. Interessant wäre dabei bspw. zu sehen, durch welche Gesprächsinterventionen die Ärzte längere Beiträge der Patienten hervorriefen. Insgesamt wurde im Gesprächstyp II eine vermehrt nicht defizitorientierte Problemrekonstruktion möglich.

Konkretisierung von Lösungen

Die Beratungsqualität des „Konkretisierens von Lösungen“, **Faktor 3**, war in den herkömmlichen Gesprächen ähnlich stark in Bezug auf die Mittelwerte ausgeprägt wie die Problemanalyse, Faktor 1. Allerdings veränderte sich das festgestellte Konkretisieren von Lösungen durch die Ärzte grundlegend im Gesprächstyp II durch den Bilanzierungsdialog. Gleichwohl enthielt diese Beratungsqualität in beiden Gesprächstypen das Item, das mit Abstand den stärksten Mittelwert aufwies. Bei der Beurteilung des Items 13 und seiner Mittelwerte (im Gesprächstyp I 2,64 und im Gesprächstyp II 2,41) muss beachtet werden, dass das Item so definiert wurde, dass sowohl die Gesprächssteuerung des Arztes als auch dessen Expertenmeinung und Ratschläge einfließen.

Der Rückgang der Feststellung solcher Interaktionen konnte als ein starker Effekt des Bilanzierungsdialogs im Gesprächstyp II betrachtet werden und war erwartet. Denn mit Hilfe des Bilanzierungsdialogs soll dem Patienten eine stärker richtungsweisende Beteiligung an der Therapie seiner Erkrankung ermöglicht werden und so war der Rückgang der „Expertenratschläge“ und der Gesprächssteuerung mit den Zielen des Bilanzierungsdialogs vereinbar. Dadurch entstand die Möglichkeit, dass der Patient im Gespräch den Raum einnahm, den vorher der Arzt durch seine Äußerungen innehatte.

In zukünftigen Studien mittels RLI sollten diese beiden Interaktionsqualitäten jedoch getrennt erhoben werden und die Methode dahingehend optimiert werden, dass eine Gesprächssteuerung von „Expertenratschlägen“ unterschieden werden kann. So wäre es bereits in dieser Arbeit spannend gewesen zu wissen, ob sich die Ärzte bei der Steuerung der Gespräche oder mit ihren Ratschlägen zurückhielten.

Die in dieser Studie festgestellten Interaktionen zu Beginn der Gespräche können vermutlich als Steuerung und nicht als Expertenratschlag aufgefasst werden. Diese These würde dadurch gestützt, dass keine anderen der Lösungsfindung zugeordneten Handlungen während der ersten drei Minuten der Gespräche festgestellt wurden. Die These, dass im Gesprächstyp II insgesamt die Expertenratschläge zurückgingen, würde dem evaluierenden Charakter eines Bilanzierungsdialogs entsprechen und würde sich auch mit anderen Studien decken. So konnte bei einer ähnlich aufgebauten Studie mit Daten vor und nach einem Gesprächstraining (in der hiesigen Arbeit würden als Äquivalent der Trainings die Qualitätszirkeltreffen angesehen werden) gezeigt werden, dass mit Hilfe der Trainings, in denen die Ärzte lernen sollten, patientenzentrierter vorzugehen, zunächst v. a. ein Absinken ihrer eigenen Ratschläge zu messen war (Maatouk-Bürmann et al. 2016).

Möglicherweise wurden aufgrund der nicht mehr so straffen Gesprächsführung in den ausgewerteten Gesprächen des Gesprächstyps II von den Ärzten weniger konkrete Fragen gestellt, wie bspw. zur konkreten Umsetzung von Zielen. Gleichzeitig wird der Arzt hierdurch aber auch verstärkt als Berater tätig und verlässt somit auch seine meist gewohnte Rolle als Helfer. Dies kommt der Forderung Brucks nahe, „die Handlungsfähigkeit des Patienten zu unterstützen und die Arzt-Patient-Beziehung von der Helferrolle, die die gegenseitige Abhängigkeit und die Unentbehrlichkeit des Helfers fördert, in die Richtung einer Beraterrolle mit gegenseitig akzeptierter Kompetenz zu verändern“ (Brucks et al. 1998, S. 35).

Ein weiterer Hinweis auf eine gelockerte Steuerung im Gesprächstyp II findet sich, darin dass in den Gesprächen des Gesprächstyps II vermehrt Minuten ohne eine festgestellte Interaktion, die mit dem Item 13 kodiert worden wäre, in den Thermografiken sichtbar wurden. Unter Umständen ist dies ein Anhaltspunkt dafür, dass mit dem Bilanzierungsdialog auch eine verstärkte gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht wird oder zumindest die Möglichkeit besteht, die „traditionelle, compliance-orientierte hausärztliche Praxis“ (In der Schmitt 2014, S. 249) zu Gunsten eines Gespräches mit mehr Raum für den Patienten zu verändern.

In den Gesprächen des Gesprächstyps II wurden v. a. gegen Gesprächsende verstärkt Handlungen bestimmt, die eine Zukunftsperspektive abbilden (Item 8). Diese wurden hier auch häufiger gleichzeitig mit einer Kodierung des Items 5 (Anliegenklärung, Faktor 4: Beziehungsgestaltung) festgestellt. Diese Interaktionen, die die Aufmerksamkeit des Patienten auf Zukünftiges lenken, wurden in dieser Arbeit als ein Kernelement des Bilanzierungsdialogs, nämlich auch als Bestandteil des Aushandelns eines Behandlungsauftrages, verstanden. Ergänzend lässt sich zu dieser Beratungsqualität festhalten, dass die absolute Verminderung des Anteils der Mittelwerte im Gesprächstyp II an sich zunächst unerwartet ist. Die detaillierte Analyse konnte jedoch diese Verminderung v. a. als einen starken Rückgang der Expertenratschläge bzw. der Gesprächssteuerung identifizieren – auch die Items 19 (Hilfe etwas anders zu machen) und Item 20 (Operationalisieren von Kompetenzen) sind rückläufig. Diese wurden allerdings nicht als Kernelemente des Bilanzierungsdialogs identifiziert. – . Das wiederum entspricht sehr wohl den Zielen des Bilanzierungsdialogs und führt wie dargelegt auch zu einer verstärkten Patientenzentrierung.

Ressourcenentwicklung

Ähnlich der zuvor dargestellten Beratungsqualität war auch hier der isolierte Vergleich der Mittelwerte des **Faktors 5**, also der „Ressourcenentwicklung bzw. Kompetenzentwicklung“, überraschend. Der erkennbare Rückgang des Mittelwerts dieser Beratungsqualität war zwar nicht stark (im Gesprächstyp I 0,5 und im Gesprächstyp II 0,45) und die Berechnung des *Cohen's d* ergab, dass diese Veränderung nicht als ein Effekt des Bilanzierungsdialogs zu werten ist. Aber gemäß der Vorgabe des Bilanzierungsdialogs, eine salutogene Gesprächsrichtlinie zu sein, hätte man erwarten können, dass die Beratungsqualität „Ressourcenentwicklung“ durch den Bilanzierungsdialog deutlich in den Gesprächen des Gesprächstyps II angestiegen wäre. Die Berechnung zeigte weiter, dass es sich dabei um die Beratungsqualität mit der größten Standardabweichung handelte, welche im Gesprächstyp II etwas homogener wurde. Eine mögliche Ursache für solche Werte, können die verschiedenen „medizinischen Schulen“ der teilnehmenden Ärzte sein. So nahmen u. a. ein Arzt, der sich selbst für mehr salutogene Sichtweisen in der Medizin einsetzt, und ein homöopathisch arbeitender Arzt an den Qualitätszirkel teil. Weiterhin scheinen die verschiedenen Ärzte unterschiedlich viel Erfahrung mit ressourcenorientierten Interventionen gehabt zu haben: Bei der Ärztin, die für den direkten Vergleich ausgewertet wurde, konnte z. B. bereits im Gesprächstyp I ein Schwerpunkt auf der Ressourcenentwicklung festgestellt werden, da Violettfärbungen in der Thermografie sichtbar waren. Möglicherweise konzen-

trierte sich die Ärztin dann im Gesprächstyp II sehr auf das Reduzieren der Gesprächssteuerung bzw. ihrer Ratschläge, was ja auch im Sinne einer Ressourcenorientierung verstanden werden kann, wenn die Patientin sich dadurch beispielsweise besser verstanden fühlt. Weiterhin ist es möglich, dass die Ärztin aufgrund der höheren Gesprächsanteile der Patientin nicht mehr so häufig das Bedürfnis hat, die Patientin durch Anerkennung ihrer Leistung zu bestärken (Item 1), da die Patientin möglicherweise bereits durch eine seltener ausgesprochene Anerkennung genügend bestätigt scheint und möglicherweise auch durch die Gelegenheit sich selbst verstärkt zu äußern, bereits Respekt und Anerkennung signalisiert bekam. Somit würde das explizite Aus- und Ansprechen von Anerkennung im Gesprächstyp II seltener. Auch das Erfragen von Ressourcen (Item 4) und Ausnahmen (Item 3) könnte aus dem gleichen Grund möglicherweise nicht in dem erwarteten Maße zunehmen, da durch den Patienten von selbst solche Aspekte im Gespräch anklingen. Der Arzt muss diese also nicht mehr aktiv erfragen, was dazu führt, dass es nicht kodiert werden kann, da das RLI nur die Interaktionen des Arztes erfasst. Das heißt, dass möglicherweise die Items, die im RLI zur Erfassung der Ressourcenorientierung benutzt werden, nicht ausreichen, um das salutogene Vorgehen, das durch einen Bilanzierungsdialog gefördert wird, abzubilden. Gleichwohl stiegen die Mittelwerte der Items 3 und 4 in den Berechnungen aller Ärzte.

Ob die seltener festgestellte, dafür aber intensiver bewertete Anerkennung (Item 1) der Patientin durch die Ärztin in weiteren Studien über den Bilanzierungsdialog ebenfalls aufzufinden ist, wäre eine interessante Frage. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass Ärzte durch einen gezielteren Umgang mit positiven Bestärkungen größere Effekte bewirken würden. Eine Überprüfung, ob der Effekt vom Patienten auch als positiv bewertet würde, wäre lohnenswert.

Die Auswertung aller Ärzte zeigte, dass anerkennende Äußerungen (Item 1) der Ärzte in den Folgegesprächen seltener festgestellt wurden, obwohl sie auch in allen Gesprächen – meist gegen Ende – vorhanden waren. Trotz absolut verminderter Feststellung der Beratungsqualität legte die Betrachtung der Thermografie gleichwohl eine vertiefte Kompetenzentwicklung nahe. Da das Bild der Thermografie durch die Gesamtheit der Items entsteht und damit eher der Wirkung der Beratungsqualität im Gespräch entspricht, ist dies möglicherweise ein Ausdruck dafür, dass nicht allein vom quantitativ ermittelten Wert der Beratungsqualität auf die Wirkung des entsprechenden professionellen Verhaltens im Gespräch geschlossen werden kann. Dies ist wieder ein Beispiel dafür, dass die Auswertung der Itemebene zur Beurteilung der Daten wichtig war. So zeigten sich bei den Items der Beratungsqualität rechnerisch bedeutsame Effekte: Fragen nach Ausnahmen für den Patienten,

die mit dem Item 3 im RLI kodiert werden, wurden verstärkt festgestellt und auch Fragen nach patienteneigenen Ressourcen (Item 4) wurden im Gesprächstyp II häufiger bestimmt. Nur das Item 1 wurde, wie bereits diskutiert, weniger festgestellt. Eine noch zu ergänzende denkbare Ursache dafür könnte sein, dass bei der Erstdokumentation die Ärzte den Patienten mit anerkennenden Aussagen für die Projektteilnahme geworben haben. Diese Interaktionen hätten also eigentlich eher der Beziehungsarbeit zugeordnet werden müssen. Nachdem die Teilnahme am Projekt im Gesprächstyp II wiedererfolgte, mussten die Ärzte im Gesprächstyp II nicht noch einmal werbend tätig sein und dementsprechend wurde das Item 1 weniger festgestellt.

Der Vergleich der Ressourcenorientierung der beiden Gesprächstypen zeigte bei allen Ärzten, dass die Gespräche des Gesprächstyps II in den Thermografiken Veränderungen enthielten. Insbesondere die Intensität der Items wurde differenzierter bewertet. Diese kann, wie bereits dargelegt (vgl. *Veränderungen der Interventionsstruktur im direkten Vergleich*), für ein verstärkt patientenzentriertes Vorgehen sprechen. Gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wäre ein patientenzentriertes Vorgehen auch bezogen auf die Ressourcenentwicklung sinnvoll (Junius-Walker und Theile 2007). Denn bei diesen Patienten sind insbesondere Lebensstiländerungen zur Progressionsminderung wichtig (DEGAM 2012). Diese benötigen oftmals auch die Aktivierung von patienteneigenen Ressourcen. Die Orientierung an den Ressourcen des jeweiligen Patienten kann per se auch schon als eine Maßnahme zu einer Stärkung der Patientenzentrierung verstanden werden, da der Patient dadurch befähigt wird, die eigenen Ressourcen wahrzunehmen und in der Folge auch selbst bewusst zu nutzen (DEGAM 2017). Im Sinne des Konstrukts von Mead könnte diese Orientierung an den patienteneigenen Ressourcen wohl vor allem in die erste Dimension eines patientenzentrierten Vorgehens (*biopsychosoziale Perspektive*) eingeordnet werden (Mead 2002).

Zielaktualisierung

Die Ergebnisse der Auswertung der herkömmlichen Konsultationen des Gesprächstyps I zeigten, dass die Eruiierung eines vom Patienten selbst definierten Zieles, die sog. Zielaktualisierung, **Faktor 2**, kein routinemäßiger Vorgang in der Interventionsstruktur der ausgewerteten Hausärzte darstellte. In den Gesprächen des Gesprächstyps II wurden sämtliche Interaktionen, die durch Items des Faktors 2 kodiert werden, im Vergleich zur Regelversorgung verstärkt festgestellt. Die verstärkte Zielfokussierung, wie sie im Gesprächs-

typ II vorgefunden werden konnte, ist ein ganz wesentliches Ziel des Bilanzierungsdialogs zur gemeinsamen Auslotung der Therapiefortführung (Bahrs und Matthiessen 2007).

Bei der Beratungsqualität der Zielaktualisierung handelt es sich um den Faktor mit der größten Veränderungsempfindlichkeit aller Faktoren des RLI in dieser Arbeit. Sämtliche Items (Item 9, 14, 15, 22) nahmen an Häufigkeit im Gesprächstyp II zu und diese Zunahme konnte teilweise (Item 9 und 14) als starker Effekt des Bilanzierungsdialogs im Gesprächstyp II gewertet werden. Gleichwohl wurde die Zielaktualisierung noch nicht in der Interventionsstruktur aller Ärzte gefunden. Dies könnte darauf hinweisen, dass nicht alle Ärzte neue Gesprächselemente gleich gut anwenden können (Clucas und St Claire 2011). Als Erfolg des Bilanzierungsdialogs wurde gewertet, dass eine Fokussierung auf eine gemeinsame Zielfindung nun bei der Mehrzahl der Gespräche zu finden war und das sogar noch ohne expliziten Gesprächsleitfaden. Vermutlich ließe sich eine weitere Zunahme dieser Beratungsqualität feststellen, wenn in einer vergleichbaren Studie die Ärzte den Bilanzierungsdialog vor Aufnahme der Videoaufzeichnungen erst trainieren könnten oder zumindest ein expliziter Gesprächsleitfaden vorhanden wäre. Weitere Gründe, weshalb die Zielaktualisierung noch nicht in allen Folgegesprächen vorzufinden war, können auch in der Situation liegen oder auf den Patienten zurückgeführt werden. So ist es durchaus denkbar, dass akute und aktuelle Ereignisse einen Bilanzierungsdialog verhindern, da sie dann im Vordergrund stehen.

Auch besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Patienten ein solches Gespräch gleich gut annehmen können.

„Alternatives Denken“

Die Beratungsqualität „Alternatives Denken / Musterunterbrechung / Destabilisierung“, **Faktor 6**, wurde in allen Gesprächen sehr gering festgestellt. Daraus ist möglicherweise abzuleiten, dass eine Erweiterung des Möglichkeitsspielraums durch Induktion, ebenso wie die „Unterbrechung der Situation“, eher selten in diesem Setting angewendet wird. Eine Hypothese bzgl. der Ursache für die seltene Feststellung dieser Technik, könnte lauten, dass die klassische Vermittlung von kommunikativen Techniken das „Alternative Denken“ nicht lehrt. Auch in einer aktuellen Studie zu wichtigen Aspekten der Arzt-Patienten-Kommunikation, welche auch Gesprächstechniken ermittelte, ist über diese kommunikative Kompetenz kein Vermerk zu finden (Böttcher et al. 2016).

Auch wenn in den hier analysierten Bilanzierungsdialogen mehr Ärzte ein Element des Faktors 6 einfließen ließen als in der herkömmlichen Versorgung, stellt sich die Frage, ob

dieser Faktor aktuell schon geeignet ist, die hausärztliche Versorgung darzustellen (mittleres Alter der Hausärzte dieser Studie 50,0 Jahre, im Vergleich in der Studie von Böttcher et al. 53,6 Jahre). Theoretisch denkbar ist die Anwendung dieser zwei Items (Item 12, 17) aber durchaus. So werden im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung zumindest in der Weiterbildung der Ärzte solche Gesprächstechniken gelehrt (Veit und Behling 2010). Darüber könnten die Ärzte eine solche Gesprächstechnik, wie die Musterunterbrechung (Item 12), in ihrem Handlungsrepertoire auch ohne eine explizite Schulung anwenden.

Reframing

Die Beratungsqualität des Reframings, **Faktor 7**, konnte in keinem der ausgewerteten Gespräche vorgefunden werden. Dies wurde als Indiz gewertet, dass die Möglichkeit, dass der Arzt seinem Patienten hilft, „sein Problem zu lösen, indem er es in einem anderen Kontext sieht und so neue Bedeutungen konstruieren kann“ (Honer mann 1999, S. 66) in den beiden Interventionsstrukturen der hier untersuchten Ärzte nicht genutzt wurde. Sowohl die Möglichkeit, dass es sich um ein „Nichterkennen“ der Beratungsqualität durch den Rater handelte (vgl. S. 88), als auch die Möglichkeit, dass das Reframing im hausärztlichen Setting, anders als in der Systemischen Therapie, keine klassische Gesprächstechnik darstellt, besteht. Allerdings entspricht diese Kategorie dem Verständnis eines Arztes als Begleiter, nicht nur als Ratgeber des Patienten. Gerade in der Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten wird diese Rolle des Arztes zunehmend gefordert (Veit und Behling 2010, Brucks et al. 1998).

5.4.7 Förderung der Patientenzentrierung durch den Bilanzierungsdialog

Die Zielsetzung dieses Dissertationsvorhabens war es, Konsultationen mit einem Bilanzierungsdialog in den Vergleich zu herkömmlichen Konsultationen der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu setzen und eine mögliche Veränderung der Patientenzentrierung zu analysieren.

Laut Mead gibt es zwei Varianten wie eine patientenzentrierte Handlungsweise bisher erhoben wurde: Zum einen durch Befragung der Patienten, bspw. nach ihrer Zufriedenheit (Ong et al. 2000), und zum anderen durch einen unabhängigen Beobachter (Mead und Bower 2000). Diese Arbeit gehört zu den beobachtenden Studien und konzentrierte sich auf die Äußerungen der Ärzte während der Sprechstunden. So wurden unter Zuhilfenahme des RLI die beiden Gesprächsformen verglichen. Das RLI ist als generisches Instrument zur Beschreibung und Analyse von Beratungsgesprächen konzipiert und vermag patientenzen-

triertes Vorgehen durch den Arzt erfassen (Honeremann 1999). Die inhaltlichen Beschreibungen der einzelnen Items im Methodenmanual des RLI passen unterschiedlich gut zu den Zielen eines Bilanzierungsdialogs. Nicht alle Items, die durch das RLI als eine mögliche therapeutische Intervention im Gespräch erfassbar sind, sind auch als Kernelemente des Bilanzierungsdialogs zu betrachten.

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist sozial vorgeformt und findet unter geregelten Bedingungen statt. Im Falle der hausärztlichen Sprechstunde wird das Gespräch in den Räumen des Arztes geführt („Sprechzimmer“), der damit als Gastgeber fungiert und das Hausrecht hat. Der Patient sucht gleichsam als „Gast“ den Arzt auf und hat Rücksicht auf die Regeln des Hauses zu nehmen. So muss der Patient einen Termin vereinbaren oder Wartezeit in Kauf nehmen. Das Wissen ist ungleich verteilt, aber die Interaktionspartner sind aufeinander angewiesen: der Patient verfügt über das Wissen darüber, wie die Krankheit sein Leben beeinflusst, der Arzt weiß, wie sich die Krankheit typischerweise entwickelt. Diese Grundbedingungen gelten für beide hier untersuchten Gesprächstypen, so dass die über das RLI erfassten Gesprächsmuster nicht beliebig variierbar sind. Umso bemerkenswerter ist es, dass in den hier untersuchten Folgegesprächen (GT II) systematische Veränderungen festgestellt werden konnten.

Die Veränderungen zwischen den Gesprächstypen in der Interventionsstruktur der Ärzte zeigten, dass eine große Stärke des Bilanzierungsdialogs die Herstellung eines Bezugs zur Lebenswirklichkeit der Patienten ist (Item 23 bei allen Ärzten in der Interventionsstruktur, größere Intensitätsbreite und häufig zusätzlich einhergehend mit einem hoch bewerteten Rapport (Item 10), Cohen's d: 1,22: Starker Effekt). Gleichzeitig nahm die Gesprächssteuerung von ärztlicher Seite deutlich ab (Item 13, Cohen's d: 0,72: Mittlerer Effekt) und ebenso gingen die Gesprächsanteile der meisten Ärzte zurück, was als Hinweis auf eine stärker partizipative Gestaltung des Gesprächs gewertet werden kann. Dass die Ärzte die Entstehungsgeschichte und damit auch die Bedeutung der Krankheit für den Patienten verstärkt fokussierten (Item 21 wurde bei mehr Ärzten mit einer größeren Varianz der Intensitätsbreite festgestellt, Cohen's d: 0,86: Starker Effekt), ermöglichte den Patienten theoretisch, sich stärker mitzuteilen und damit, wenn der Arzt dies dicht begleitet, sich verstanden und akzeptiert zu fühlen (Item 10 Rapport in den Minuten um die Interaktion des Items 21). Unter diesen Umständen kann auch eine neuartige Auseinandersetzung mit dem Problem gelingen (Item 2 weiterhin bei allen Ärzten, jedoch verändert, Cohen's d: 0,16: Kein Effekt). Die hier untersuchten Bilanzierungsdialoge zeigten nämlich, dass diese Art

der Problemanalyse in den Bilanzierungsdialogen im Gegensatz zum herkömmlichen Gespräch auch häufig ohne gleichzeitige Erfragung von pathologischen Begebenheiten durchgeführt wurde (Item 7, bei den meisten Ärzten deutlich vermindert, größere Intensitätsbreite, Cohen's d : 0,23: Kleiner Effekt).

Diese Interaktionen können zu einer verstärkten gemeinsamen Auffassung der Erkrankung des Patienten auch im Sinne einer *biopsychosozialen Perspektive* führen (Mead 2002), sodass in der Folge die völlig neue Interventionsmöglichkeit einer Therapiezielauslotung ermöglicht wird. Dies erhöht im Sinne eines *therapeutischen Bündnisses* die Patientenzentrierung der Gespräche (Mead 2002). In den Gesprächen mit einem Bilanzierungsdialog konnte als Grundlage dafür auch eine verstärkte Klärung der Anliegen der Patienten festgestellt werden (Item 5, größere Intensitätsbreite, Cohen's d : 0,34: Kleiner Effekt), welche auch zeitgleich mit Fragen an den Patienten zur Zukunft verbunden waren (Item 8, konstante Intensitätsbreite, Cohen's d : 0,39: Kleiner Effekt), sodass ein Aushandeln eines zukünftigen Vorgehens, wie es im Bilanzierungsdialog vorgesehen ist, zumindest teilweise in den Gesprächen anklang. Neben den gestärkten Zukunftsaspekten in den Folgegesprächen wurde auch das Klären von Zielen deutlich verstärkt: Sowohl das Äußern von Zielen (Item 9, neues Element außer bei der Ärztin des direkten Vergleichs, bei ihr war eine vergrößerte Intensitätsbreite vorhanden, Cohen's d : 1: Starker Effekt), als auch das Spezifizieren von Zielen des Patienten (Item 14, neues Element bei allen Ärzten, Cohen's d : 1,09: Starker Effekt) trägt dazu bei, dass sich der Patient selbst mit möglichen durch ihn erreichbaren Zielen in Bezug auf seine Erkrankung auseinandersetzt und dies kann das Gefühl von Selbstwirksamkeit stärken. Das selbstverantwortliche Handeln, welches eine gewisse Selbstwirksamkeit des Patienten benötigt, wurde von Mead als eine weitere Dimension der Patientenzentrierung angesehen (Mead 2002). Diese wurde in den Folgegesprächen auch durch das Erleben des patienteneigenen Ziels teilweise gestärkt (Item 22, neues Element, Cohen's d : 0,67: Mittlerer Effekt).

Insgesamt schien der Patient durch das Konstrukt des Bilanzierungsdialogs und die dadurch salutogen orientierten Gespräche selbst im Gespräch ausreichend als Person gewürdigt zu sein, sodass der Patient sich zum Erzählen von sich ermutigt fühlte und in der Folge keine explizite Anerkennung oder Bestärkung der Expertenschaft des Patienten, wie sie durch die Items 1 (weniger häufig, aber starke Intensitäten, Cohen's d : 0,68 Mittlerer Effekt) und 11 (weniger häufig, weiterhin in allen Gesprächen, Cohen's d : 0,65 Mittlerer Effekt) im RLI abgebildet werden, mehr nötig wurde. Auch wenn also eine Abnahme der Feststellung der Items 1 und 11 in den Folgegesprächen festgestellt wurde, scheint die Dimension *Patient als Person* in den Folgegesprächen verstärkt worden zu sein. Auch wurde

die Konzentration auf die Stärken des Patienten insbesondere durch eine verminderte Defizitorientierung deutlich (Item 7, verminderte Häufigkeit, größere Intensitätsbreite, Cohen's d: 0,23: Kleiner Effekt), aber auch Fragen nach Ausnahmen (Item 3, mehr Ärzte größere Intensitätsbreite, Cohen's d: 0,25: Kleiner Effekt) und Fragen nach Ressourcen des Patienten (Item 4, vermehrt starke Intensitäten, Cohen's d: 0,16: Keiner Effekt) verdeutlichen ein ressourcenorientiertes Vorgehen der Ärzte.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Gespräche des Gesprächstyps II schon viele Elemente des Bilanzierungsdialogs gut umsetzten. So konnten durch diese Umsetzung verstärkt Elemente (v. a. Lebenswirklichkeit des Patienten, Zielaktualisierung) in die Interventionsstruktur der Ärzte aufgenommen werden, die in den herkömmlichen Gesprächen nicht in dem Maße vorhanden waren. Diese Elemente können als Stärkung der Patientenzentrierung aufgefasst werden. Insbesondere im Hinblick auf die Metaanalyse von Mead wurde deutlich, dass verschiedene Dimensionen der Patientenzentrierung (*biopsychosoziale Perspektive, Patient als Person, therapeutisches Bündnis und Förderung selbstverantwortlichen Handelns*) verstärkt in den Gesprächen vorzufinden waren (Mead 2002).

5.5 Resümee und Schlussfolgerung für die Praxis

Patienten mit chronischen Erkrankungen benötigen in der hausärztlichen Sprechstunde mehr Zeit und verursachen höhere Kosten als Patienten ohne chronische Erkrankungen (Schoen et al. 2009). Disease-Management-Programme wurden eingeführt, um die Versorgung u. a. evidenzbasiert zu gewährleisten (Singh 2008). Allerdings gab es in der Folge Hinweise darauf, dass ein patientenzentriertes Vorgehen erschwert wurde, wenn sich Ärzte besonders auf die Evidenzbasierung der medizinischen Versorgung ihres Patienten konzentrierten (Sanders 2008). Eine patientenzentrierte Versorgung wird jedoch als essentiell für eine optimierte Versorgung der Patienten betrachtet (Mead und Bower 2000). Gerade bei chronischen Erkrankungen können neben speziellen Therapien auch Lebensstiländerungen seitens des Patienten zu einer Verbesserung bzw. Stabilisierung der Erkrankung führen. Die Umsetzung dieser Lebensstiländerungen kann durch ärztliche Gespräche gefördert werden. Im Sinne der *Hausärztlicher Prävention* sind präventive Gespräche, die den Patienten helfen, seine salutogenen Potenziale auszuschöpfen, wichtig (Abholz 2006). Dafür bedarf es individualisierter Gespräche. Der Bilanzierungsdialog ist – wie in dieser Arbeit deutlich wurde – ein derart individualisiertes Arzt-Patienten-Gespräch, das sich von Patient zu Patient unterscheidet.

Ein bilanzierendes Gespräch wird nicht zuletzt seit Einführung der Disease-Management-Programme gefordert (Bahrs und Matthiessen 2007, Junius-Walker und Theile 2007, DEGAM 2012, Ziegeler und Himmel 2012). Mit Hilfe des hier untersuchten Bilanzierungsdialogs konnte in hausärztlichen Konsultationen eine verstärkte Patientenzentrierung erreicht werden. So gelang es mit einer Ausnahme allen Ärzten, ihre Patienten stärker in das Gespräch einzubinden. Der Gesprächsanteil der Patienten in den Gesprächen des Gesprächstyps II stieg. Weiterhin zeigten die Ärzte ein verstärktes Interesse an der Lebenswirklichkeit ihrer Patienten, sie stellten weniger häufig defizitorientierte Fragen und lockerten ihre Gesprächssteuerung. Auch konnte in den Gesprächen des Gesprächstyps II eine neue Beratungsqualität festgestellt werden. Dabei handelte es sich um die Zielaktualisierung. Die Mehrzahl der Gespräche mit dem Gesprächstyp II erhielt also eine weitere auf die Zukunft ausgerichtete Komponente. Auch waren die Ärzte stärker um die Zustimmung ihrer Patienten bemüht. Diese Aspekte einer gesteigerten Patientenzentrierung wurden in den Gesprächen des Gesprächstyps II bereits ohne eine explizite Schulung zum Bilanzierungsdialog erreicht. Spannend zur klären wäre die Frage, wie sich die Patientenzentrierung in Gesprächen nach einer Schulung verhalten würde. Mutmaßlich würde eine weitere Steigerung der Patientenzentrierung in den Gesprächen erreicht werden können. Die Auswertung zeigte außerdem, dass das Konzept des Bilanzierungsdialogs unterschiedlich umgesetzt wurde: Dabei ließen sich person-, situations- und kontextspezifische Unterschiede in der Umsetzung finden. Dieser Aspekt verdeutlicht, dass neben den kommunikativen Komponenten auch eine Sensibilisierung für das jeweils Angemessene im Sinne eines „hermeneutischen Fallverständnisses“ geschult werden könnte (Bahrs 2012, DEGAM 2012), um den Patienten noch stärker gerecht zu werden.

Ein patientenzentriertes Vorgehen und eine gelungene Kommunikation sind im hausärztlichen Setting wichtig, da gerade ein Großteil der Patienten mit chronischen Erkrankungen häufig über einen längeren Zeitraum durch den Hausarzt betreut wird. Zwar beurteilten in einer Studie aus dem Jahr 2009 94 % der per Fragebogen erreichten Patienten die Qualität ihrer Hausarztpraxis als gut bis ausgezeichnet (Constantinidis et al. 2013), jedoch weisen besonders Stimmen aus dem Kreis der Hausärzteschaft darauf hin, dass die derzeitige hausärztliche Herangehensweise an das „Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung“ noch eine „Herausforderung für die Allgemeinmedizin“ sei (In der Schmitt 2014, S. 249). Auch wenn es sich hierbei um zwei verschiedene Kriterien für die Qualität der Versorgung handelt, zeigt es doch, dass auch insbesondere auf ärztlicher Seite ein Verbesserungswunsch besteht.

Wie diese Studie und andere, z. B. Maatouk-Bürmann et al. 2016, gezeigt haben, kann eine patientenzentrierte Kommunikation trainiert werden. In Zukunft sollten verstärkt Kurse zum Bilanzierungsdialog angeboten werden, um Ärzten die Möglichkeit zu geben, dieses Gesprächskonzept kennenzulernen.

Auch in Deutschland wäre eine Intensivierung der in der ärztlichen Weiterbildung vermittelten Kommunikationskompetenzen, wie dies bspw. in Großbritannien und angloamerikanischen Ländern bereits der Fall ist (Sonntag 2009), sinnvoll. Wünschenswert ist weiterhin ein verstärktes Fortbildungsangebot für Ärzte zur Erweiterung kommunikativer Fähigkeiten.

Im Hinblick auf die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen sind Projekte zur Förderung des Bilanzierungsdialogs, wie bspw. das BILANZ-Projekt (Bahrs 2015), wichtig, um die Patientenzentrierung weiter voranzubringen und sollten auch in Zukunft durch das Gesundheitswesen unterstützt werden. Für die Weiterentwicklung der Effektivität und Qualität des Gesundheitswesens ist es notwendig, auch in Zukunft Studien zur Wirkung der Interaktion, die während einer Konsultation zwischen Arzt und Patient stattfindet, zu fördern (Di Blasi et al. 2001).

6 Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen gehört zu den Kernaufgaben von Hausärzten. Die Zahl der Patienten mit chronischen Erkrankungen nimmt stetig zu. Zur Unterstützung der komplexen Versorgung dieser Patienten gibt es seit dem Jahr 2002 gesetzlich verankerte „strukturierte Behandlungsprogramme“, sog. Disease-Management-Programme (DMP), innerhalb derer Hausärzten eine bedeutende Rolle zukommt. In der Vergangenheit zeigten sich Defizite in der Patientenversorgung in den DMP, insbesondere in Bezug auf die Patientenzentrierung. Der *Bilanzierungsdialog* wurde als ergänzendes Gesprächskonzept zur Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen entwickelt.

In der vorliegenden Beobachtungsstudie wurden Videoaufzeichnungen von Arzt-Patienten-Gesprächen im Routinealltag (Gesprächstyp I) mit Folgegesprächen (Gesprächstyp II) der gleichen Arzt-Patient-Konstellation verglichen. Die Folgegespräche fanden ca. ein Jahr nach der ersten Aufzeichnung und nach Erarbeitung des Gesprächskonzepts *Bilanzierungsdialog* im Rahmen eines Qualitätszirkels statt. Insgesamt wurden in dieser Arbeit acht Gesprächspaare verschiedener Ärzte mit jeweils einem Patienten mit einer chronischen Erkrankung ausgewertet. Dabei wurde der Frage nachgegangen, ob die Gespräche mit Bilanzierungsdialogen eine intensiviertere Patientenzentrierung aufwiesen.

Methodik

Die beiden Gesprächstypen wurden mit Hilfe des *Ratinginventars Lösungsorientierter Interventionen* (RLI) verglichen. Hierfür fand die Zuordnung von Gesprächsmerkmalen zu den 23 Items des RLI statt. Diese wurden zu sieben sog. Beratungsqualitäten des RLI gruppiert und umfassten inhaltlich die fünf von Mead definierten Dimensionen der Patientenzentrierung. Weiterhin wurden die Gesprächsanteile der Gesprächspartner (Arzt und Patient) in den beiden Gesprächstypen gegenübergestellt.

Ergebnisse

Hinsichtlich aller von Mead definierten Dimensionen der Patientenzentrierung konnte eine Intensivierung im Gesprächstyp II festgestellt werden. Weiterhin konnte durch das RLI eine differenzierte Beziehungsgestaltung sowie eine weniger defizitorientiert geführte Problemanalyse im Gesprächstyp II dargestellt werden. Mit der Zielaktualisierung erhielten die Gespräche mit Bilanzierungsdialogen eine neue zukunftsgerichtete Beratungsqualität, die eine gemeinsame Erarbeitung konkreter und umsetzbarer Behandlungsziele ermöglicht. Die Gesprächsanteile der Patienten waren in den Gesprächen des Gesprächstyps II erheblich gesteigert. Die Analyse der Interventionsstruktur eines Arztes verdeutlichte die Erlernbarkeit der Umsetzung der Kernelemente des Bilanzierungsdialogs.

Schlussfolgerung

Die Anwendung des Bilanzierungsdialogs ist eine erlernbare, sinnvolle Möglichkeit zur Förderung der Patientenzentrierung in der hausärztlichen Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Studien über die zu erreichende Versorgungsqualität durch den Bilanzierungsdialog sind erstrebenswert. Eine politische Förderung der Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation sowie deren verstärkte Honorierung in der hausärztlichen Sprechstunde, sind für die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen wünschenswert.

7 Anhang

7.1 Excel-Tabellen der beiden Gesprächstypen

Tabelle 17: Excel-Tabelle A_01 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Item 1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Item 2	2	2	2	0	0	0	2	3	3	3	2
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Item 5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	1
Item 8	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	3	2	2	2	2	2	2	2	0	2	3
Item 11	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
Item 12	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	2	4	0	2	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Tabelle 18: Excel-Tabelle A_01 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Item 1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	0
Item 2	0	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	0
Item 3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	4	4	0	0
Item 5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	2	2	2	3	0	0	2	2	0	0	0	0	0
Item 8	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2
Item 11	0	0	1	2	2	0	0	1	2	1	3	0	1	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	2	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	2	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	3	2	0	4	2	0	0	0	0	0	3	2	0	0

Tabelle 19: Excel-Tabelle A_02 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Item 1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	3	0	0	2
Item 2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	0	2	3	3	3
Item 3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Item 4	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	2	3	0	2	1
Item 5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	0	3	4	3	4	3	3	3	1	0	1	3	3	2
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	1	1	1	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2
Item 11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Item 13	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 20: Excel-Tabelle A_02 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Item 1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	3	3	0	1	3	1
Item 2	0	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2	2	1
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	3	4	2	2	2	0
Item 5	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	2	2
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	1	3	2	3	3	3	0	3	3	0	2	0	1	2	1	1	1
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	3
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Item 10	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3
Item 11	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	3	2	0	0	0	0	0

Tabelle 21: Excel-Tabelle A_03 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Item 1	3	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0
Item 2	2	0	0	2	0	0	2	0	1	2	2	2	0	0
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Item 5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	2	1	2	0	0	0	3	0	2	2	0	0	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1
Item 11	2	0	3	3	2	2	3	0	0	2	0	1	0	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	3	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	0
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 22: Excel-Tabelle A_03 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Item 1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Item 2	3	0	2	2	2	2	3	3	2	0	2	2	3	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2	2	2	2
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	0
Item 5	2	2	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	1	1	1	3	3	0	3	2	2	2	2	1	0	0	3	3	0	0	0	3	2	2	0	0	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	1	0	2	2	2	2	3	3	3	3
Item 11	2	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Item 13	2	2	1	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	1	2	3	2	0	3	2	2	1	2	2	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	3	2	0	0

Tabelle 27: Excel-Tabelle A_06 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Item 1	0	0	0	1	2	3	0	2	3	0	2	0	0	2
Item 2	3	2	2	2	0	2	3	3	0	0	0	2	3	0
Item 3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Item 5	1	0	0	0	0	1	3	2	0	3	0	2	2	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	2	2	3	2	3	2	0	0	0	0	0	2	2	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	2	2	2	3	3	2	2	0	3	2	2	2	0
Item 11	0	0	1	0	2	2	2	1	2	2	0	2	1	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	3	3	3	3	3	3	3	0	2	0	3	3	0
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 28: Excel-Tabelle A_06 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Item 1	0	0	0	2	2	0	2	0	1	0	2	0	2	0	2	2	1	0	2	0	0
Item 2	0	3	0	2	3	2	2	2	1	3	0	2	0	2	2	0	0	0	0	1	0
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3	0	2	1	0	3	0	3	0	0
Item 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	0	0	0	2	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	1	2	0	3	2	3	3	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2
Item 11	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	3	0	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	0	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Item 15	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Tabelle 29: Excel-Tabelle A_10 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Item 1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	2	2	0	0	0
Item 2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	0	2	3	3	3	0	0	2
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	2	2	0	0	0
Item 5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	2	0	0	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	3	3	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	1	2	0	0	0	0
Item 8	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2
Item 11	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 30: Excel-Tabelle A_10 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Item 1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Item 2	0	2	3	2	3	2	2	1	2	1	2	0	0	3
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Item 4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0
Item 5	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	0	2	0	3	0	3	2	3	3	1	2	2	2
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2
Item 11	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	2	1	0	2	0	0	1	1	0	0	2

Tabelle 31: Excel-Tabelle A_11 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Item 1	0	0	0	3	2	2	0	3	3	2	1	1
Item 2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	0
Item 3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	1	0	2	3	2	3	2	2	2	1	2	0
Item 5	0	1	0	0	0	2	1	2	0	0	2	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	1	2	2	0	2	3	0	0	2	0	0	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Item 10	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3
Item 11	0	1	0	2	0	3	3	0	2	3	2	3
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabelle 32: Excel-Tabelle A_11 Gesprächstyp II

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Item 1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0
Item 2	2	3	4	3	3	3	3	2	2	1	3	2	0	3	3	0	3	2	3
Item 3	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Item 4	0	1	0	0	0	0	1	3	0	2	2	0	3	2	0	0	0	2	2
Item 5	3	3	2	2	0	0	0	0	3	1	1	0	1	2	0	2	2	2	2
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3	2	0	0	2
Item 9	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Item 10	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	0	3	3	3	3	2	2	2	2
Item 11	0	0	0	0	0	2	2	2	1	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0
Item 12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	3	2	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	1	0	2	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Tabelle 33: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp I

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Item 1	0	0	2	2	3	3	0	3	3	0	0	1	1
Item 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	3	3
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Item 4	0	0	1	0	2	3	0	3	2	0	1	2	1
Item 5	0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	3	3	3	2	2	0	0	0	0	2	2	2	0
Item 8	0	0	0	0	2	0	0	3	1	0	0	0	0
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Item 10	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Item 11	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	3	0

Tabelle 34: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp II bis 25. Minute

Item/Minute	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Item 1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	2	0	0	0	0
Item 2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Item 3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	2	0	2	0	3	2	2	0	0	3
Item 5	1	0	2	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	3	0	2	3	1	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	0	0	0	0	0	2	2	1	0	2	0	3	3	0	0	0	0	0	2	0
Item 8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	2	2	3	2
Item 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	2	0
Item 10	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2
Item 11	0	0	0	0	2	0	0	2	1	0	2	0	2	0	2	0	2	2	2	0
Item 12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Item 13	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	0	2	2	3	3	3	2
Item 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Item 15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0
Item 16	1	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	3	3	2	2	1	0	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Item 23	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3

Tabelle 35: Excel-Tabelle A_12 Gesprächstyp II 26. Minute bis Gesprächsende

Item/Minute	21	22	23	24	25	26	27
Item 1	0	1	2	0	0	0	0
Item 2	2	2	0	2	2	0	2
Item 3	0	0	0	0	0	0	0
Item 4	2	0	0	0	0	0	0
Item 5	0	3	1	2	2	0	0
Item 6	0	0	0	0	0	0	0
Item 7	2	0	0	0	0	0	0
Item 8	0	0	3	0	3	1	0
Item 9	2	0	0	0	2	0	0
Item 10	3	3	3	2	3	3	2
Item 11	0	2	2	0	2	0	2
Item 12	0	0	0	0	0	0	0
Item 13	2	2	2	3	3	3	3
Item 14	0	2	2	0	0	0	0
Item 15	0	0	0	0	0	0	0
Item 16	0	0	2	0	1	2	0
Item 17	0	0	0	0	0	0	0
Item 18	0	0	0	0	0	0	0
Item 19	0	0	0	0	0	0	0
Item 20	0	0	0	0	0	0	0
Item 21	0	0	0	0	0	0	0
Item 22	0	0	0	0	2	0	0
Item 23	0	0	0	0	0	0	0

7.2 Thermografiken der beiden Gesprächstypen

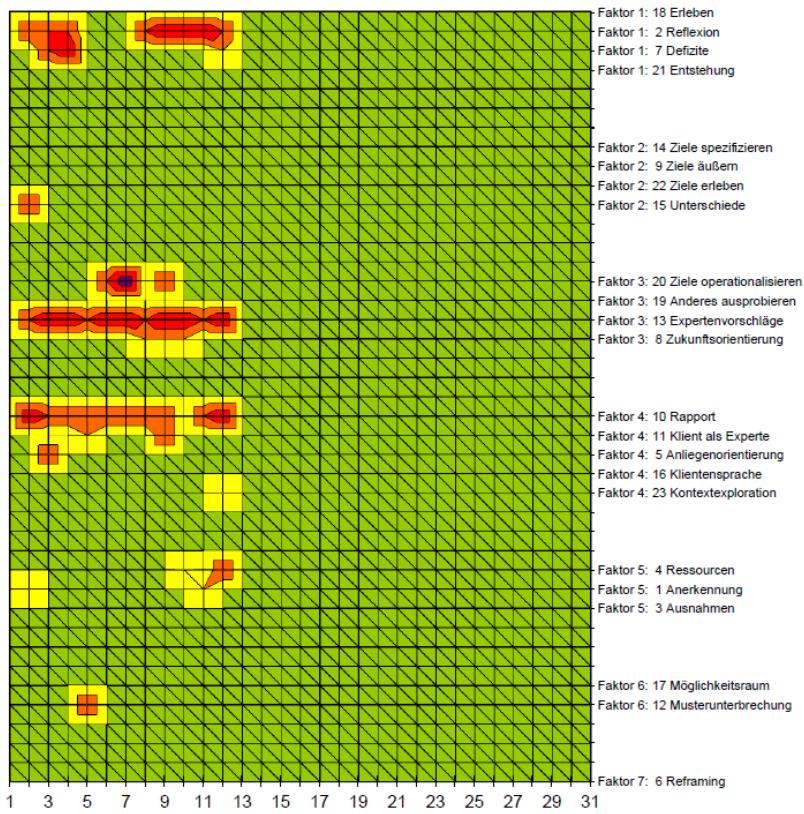


Abbildung 8: Thermografie A_01, Gesprächstyp I

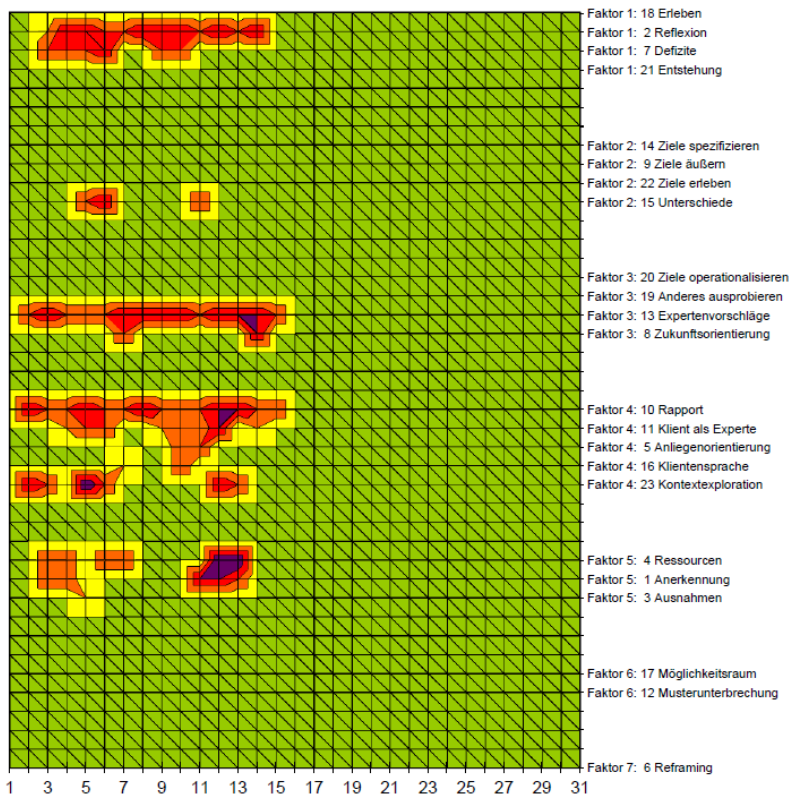


Abbildung 9: Thermografie A_01, Gesprächstyp II

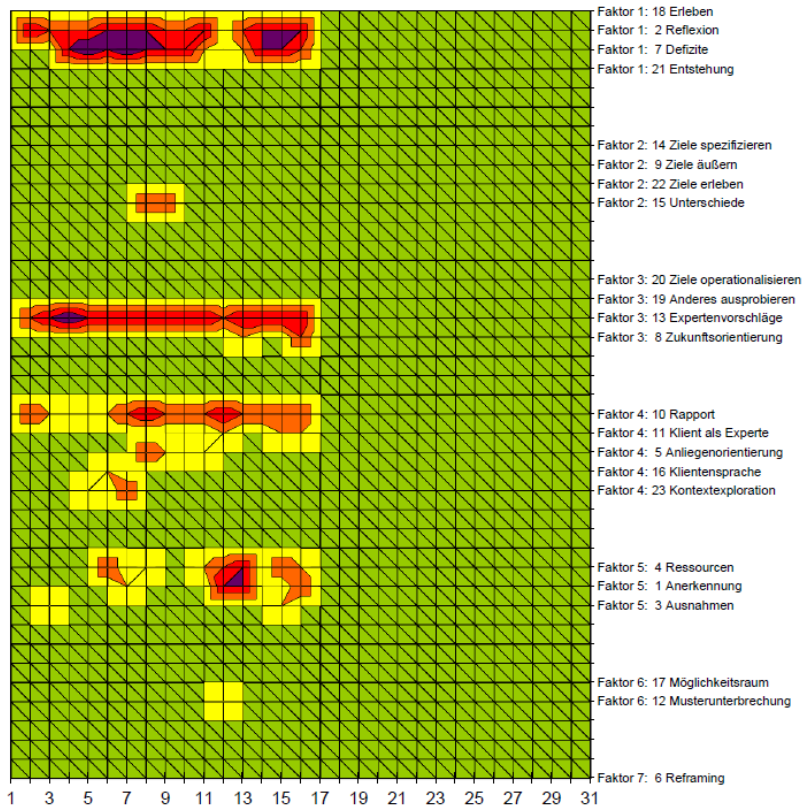


Abbildung 10: Thermografik A_02, Gesprächstyp I

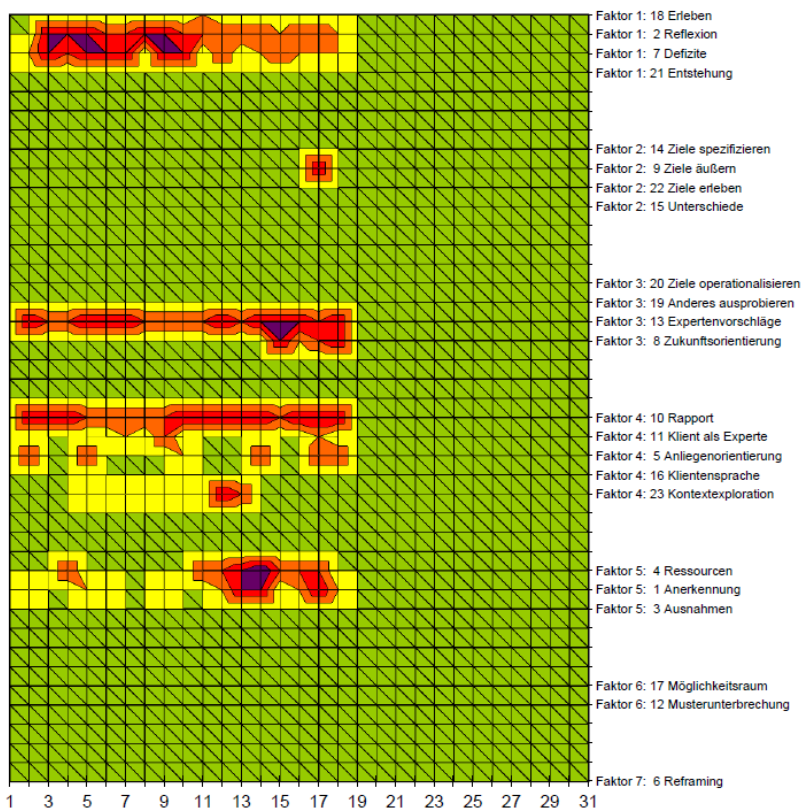


Abbildung 11: Thermografik A_02, Gesprächstyp II

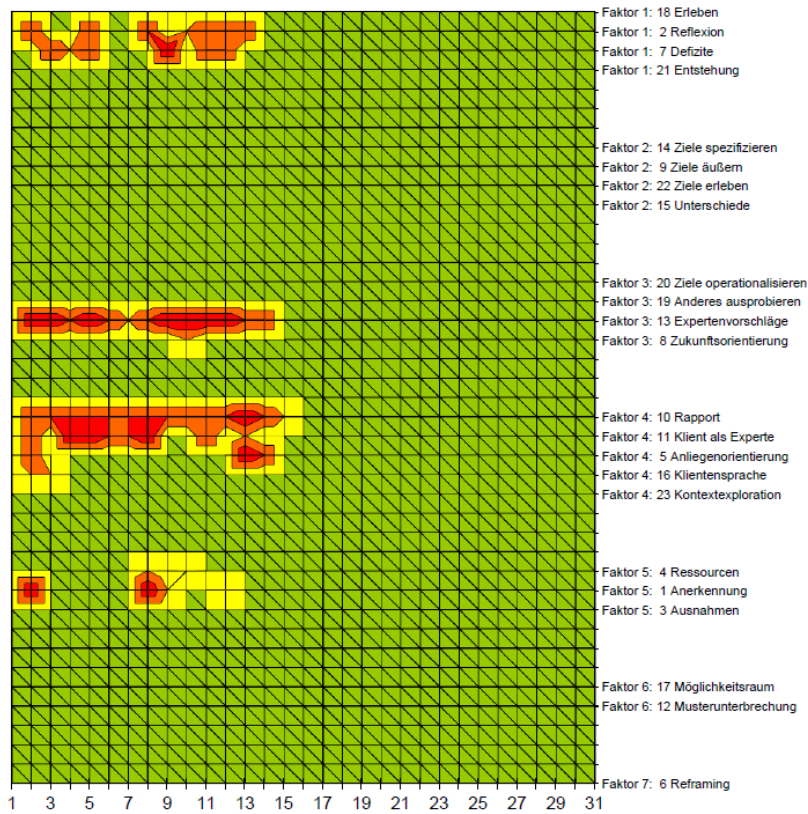


Abbildung 12: Thermografie A_03, Gesprächstyp I

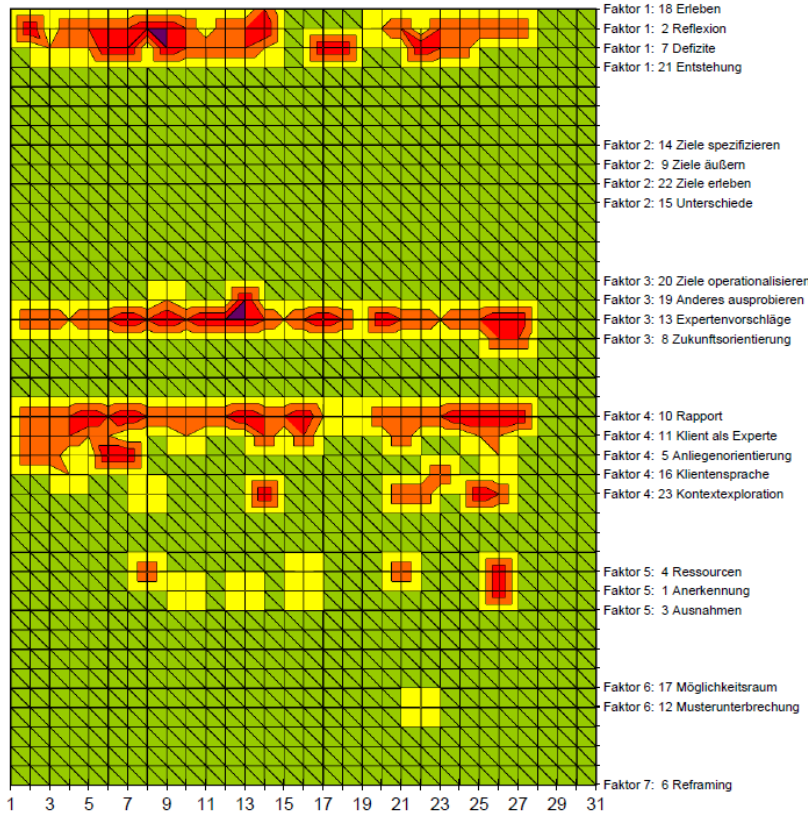


Abbildung 13: Thermografie A_03, Gesprächstyp II

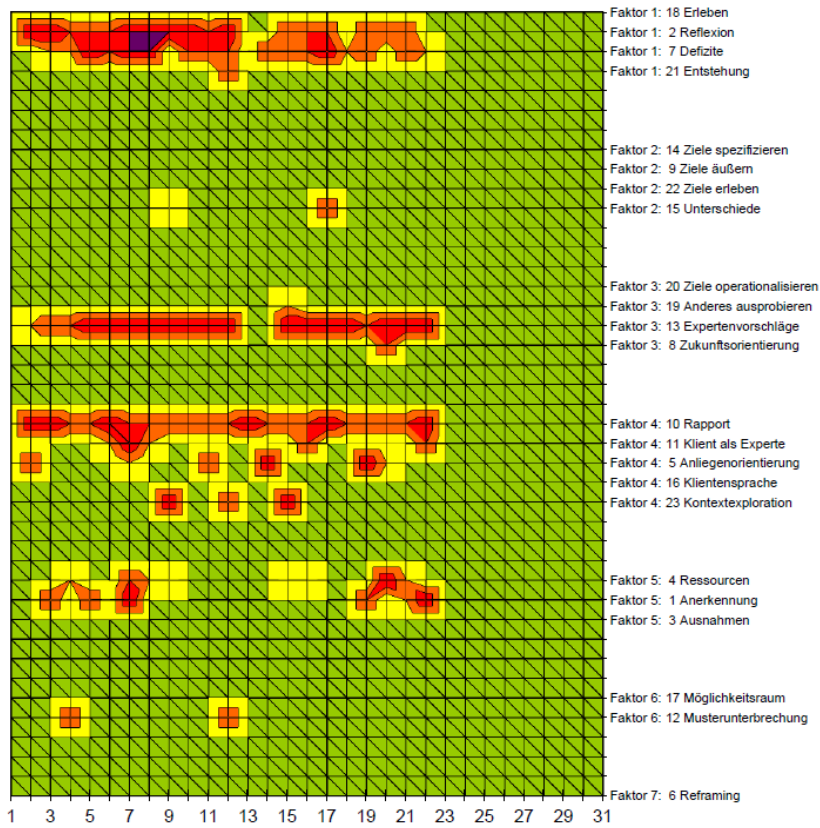


Abbildung 14: Thermografik A_05, Gesprächstyp I

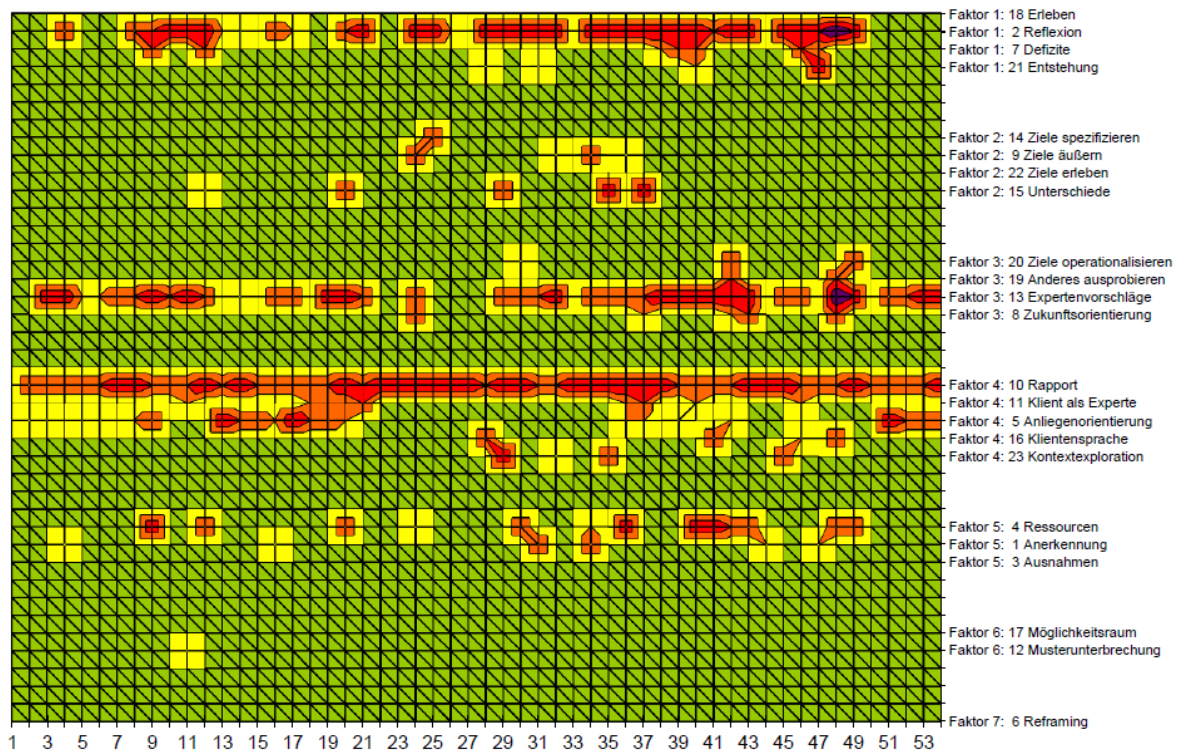


Abbildung 15: Thermografik A_05, Gesprächstyp II

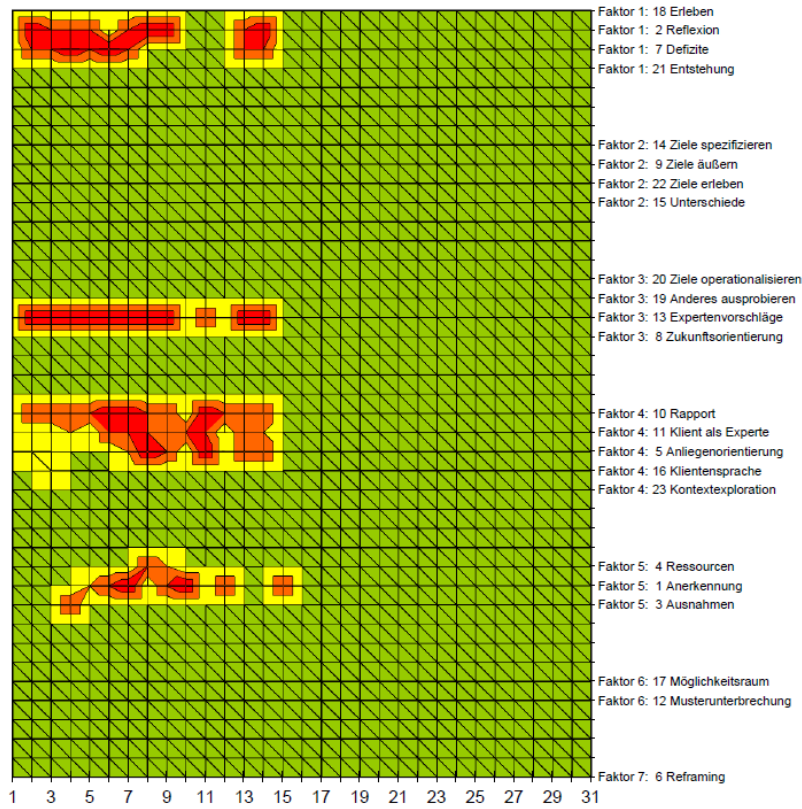


Abbildung 16: Thermografie A_06, Gesprächstyp I

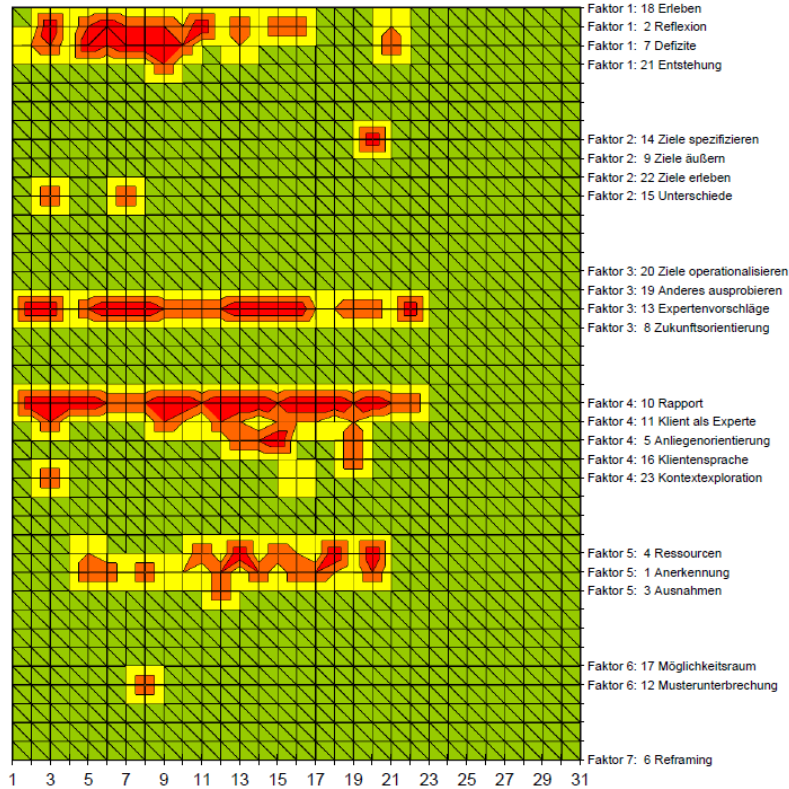


Abbildung 17: Thermografie A_06, Gesprächstyp II

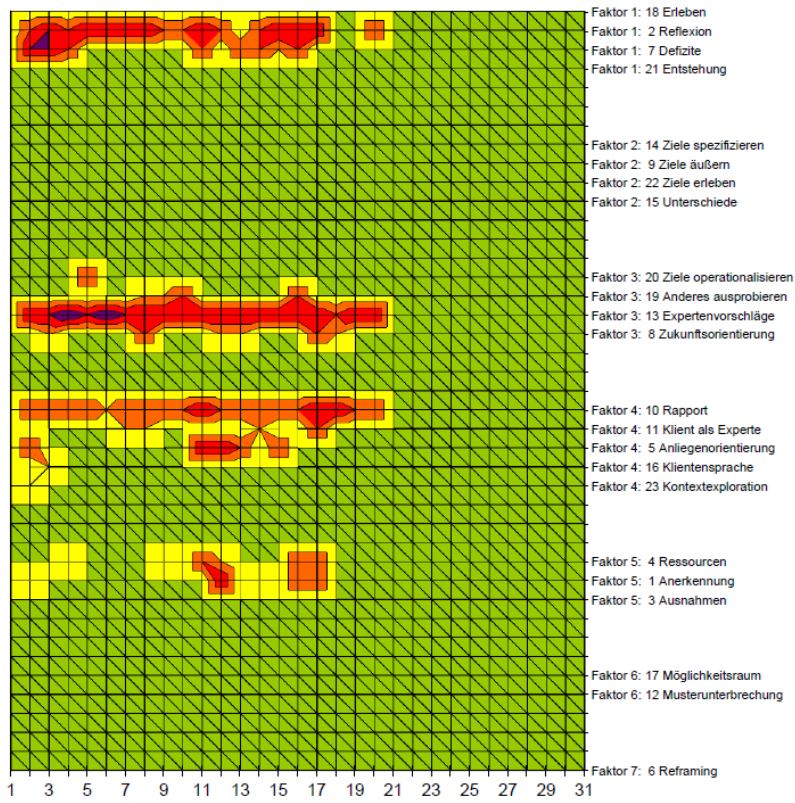


Abbildung 18: Thermografie A_10, Gesprächstyp I

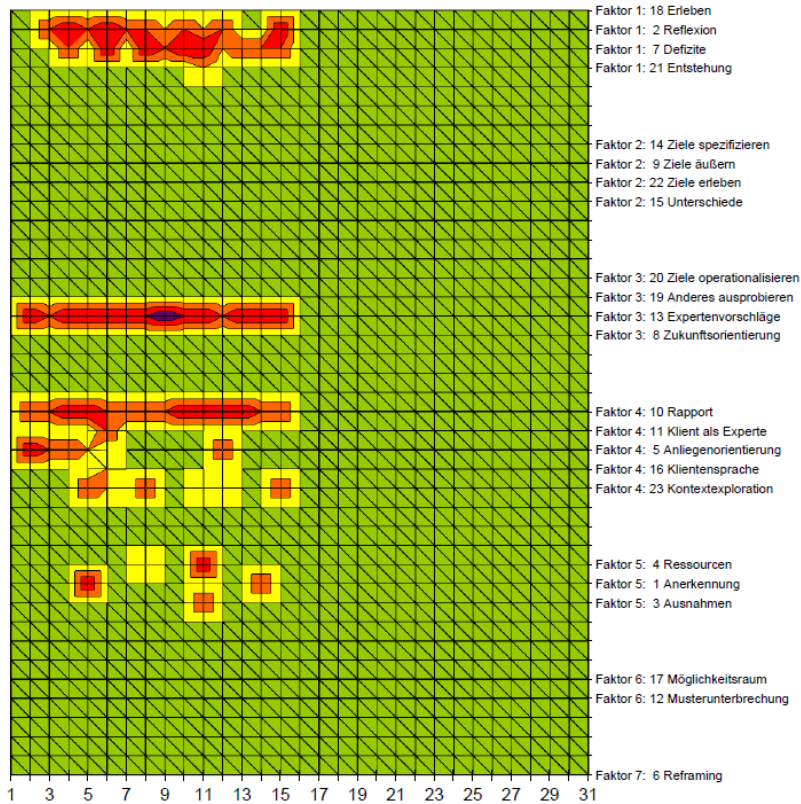


Abbildung 19: Thermografie A_10, Gesprächstyp II

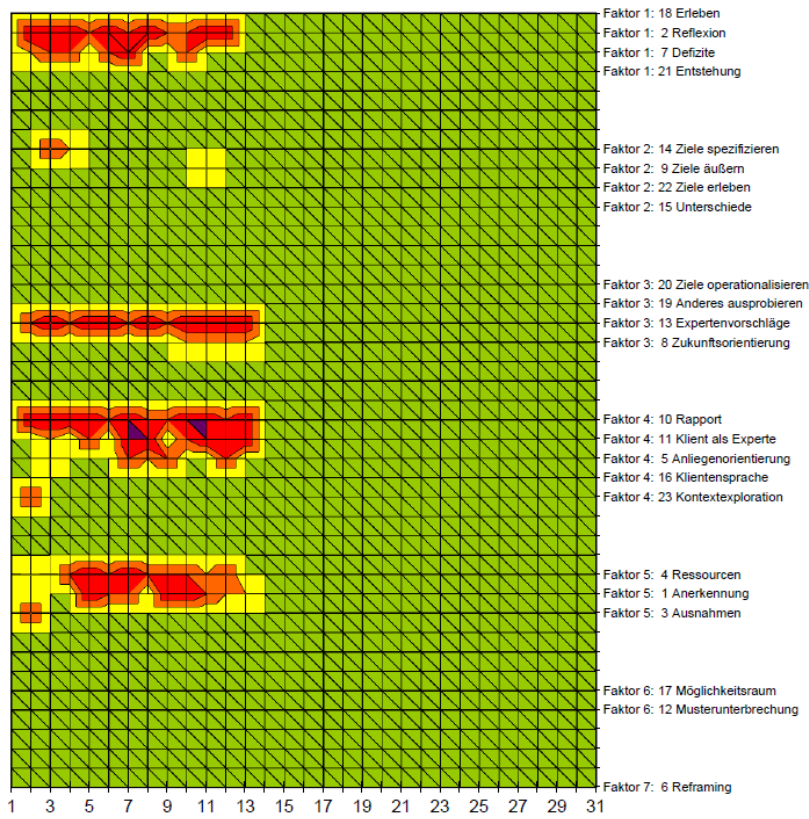


Abbildung 20: Thermografie A_11, Gesprächstyp I

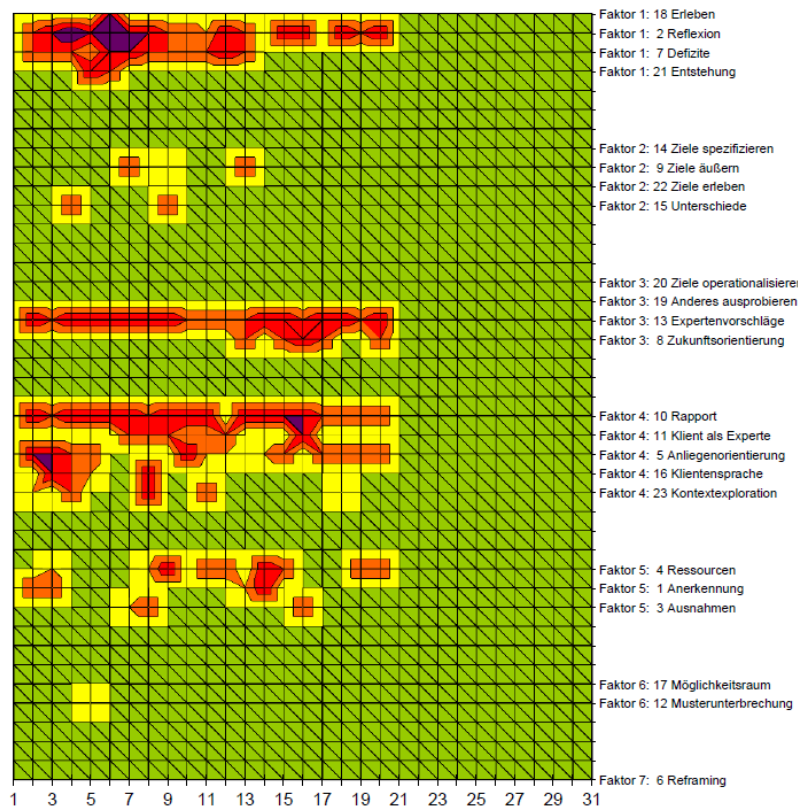


Abbildung 21: Thermografie A_11, Gesprächstyp II

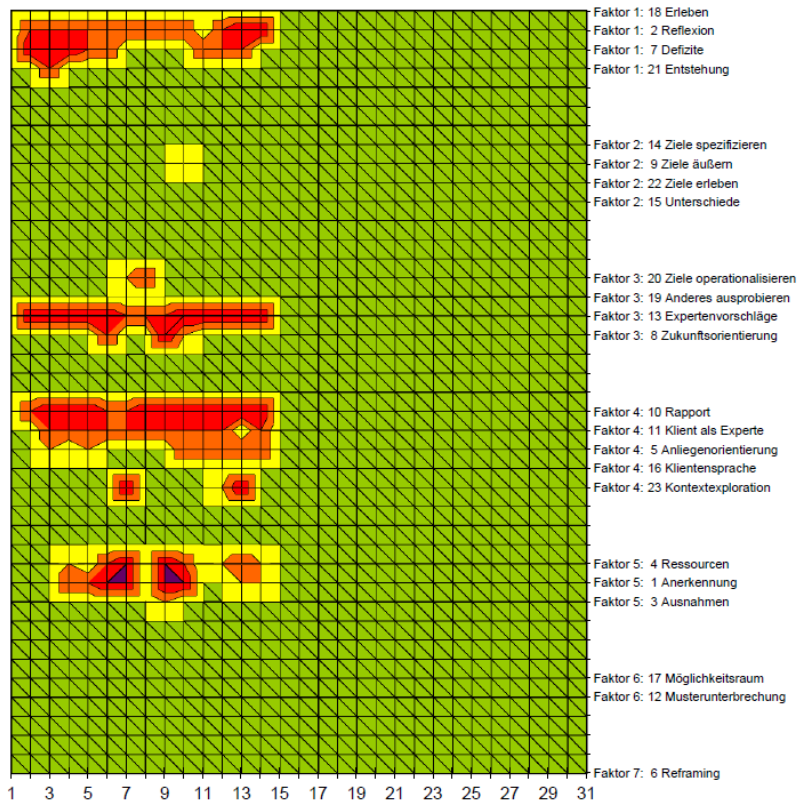


Abbildung 22: Thermografik A_12, Gesprächstyp I

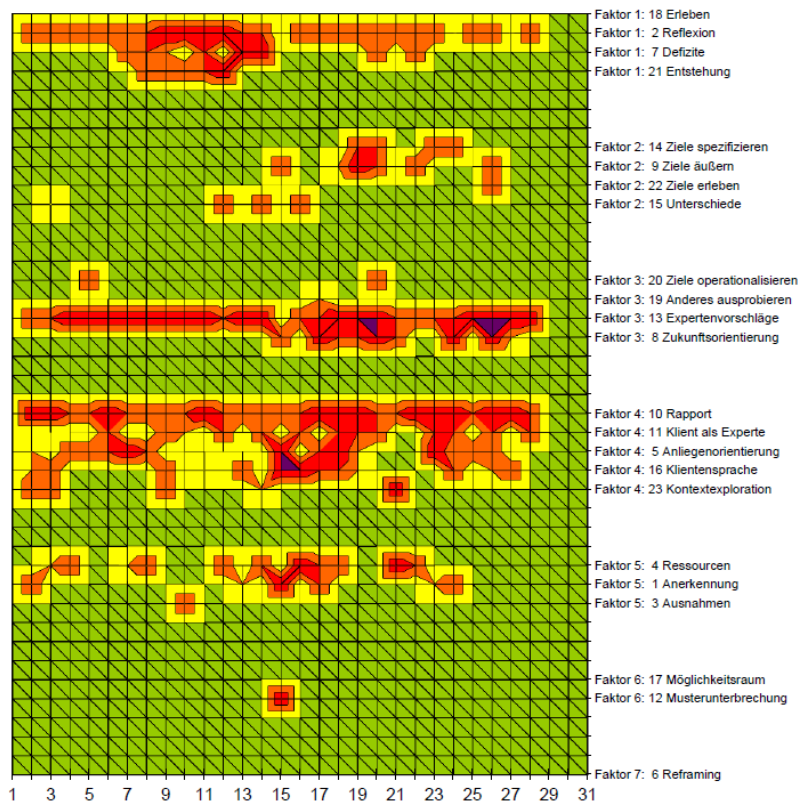


Abbildung 23: Thermografik A_12, Gesprächstyp II

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literaturverzeichnis

- Abholz H-H (2006): Hausärztliche Prävention. In: Kirch W, Bandura B (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Dresden 1. und 2. Dez. 2005. Springer, Heidelberg 2006, 55–70
- Abholz H-H (2010): Das Unscharfe, das Auszudeutende. *Z Allg Med* 85, 177
- Abholz H-H, Kochen MM: Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.): *Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 525–529
- Altiner A, Donner-Banzhoff N (2008): Chronisch krank sein – Subjektive Aspekte. *Z Allg Med* 84, 157–160
- Antonovsky A, Franke A: *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Band 36; DGVT-Verlag, Tübingen 1997
- Bahrs O (2005): Die Re-Inszenierung des Sprechstundenalltags – Videoaufzeichnungen aus der hausärztlichen Praxis – ein Überblick. *Z Allg Med* 81, 237–242
- Bahrs O (2012): Hermeneutisches Fallverständnis – Versuch einer Annäherung. *Z Allg Med* 88, 355–361
- Bahrs O, Szecsenyi J: Patientensignale – Arztreaktion. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinarztpraxen. In: Löning P (Hrsg.), Rehbein J (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. 1. Auflage; De Gruyter, Berlin 1993, 1–26
- Bahrs O, Matthiessen P: *Gesundheitsfördernde Praxen: Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*. 1. Auflage; Huber, Bern 2007
- Balint M: *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit – Konzepte der Humanwissenschaften*. 10. Auflage; Klett-Cotta, Stuttgart 2001
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (Hrsg.): *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1999

- Bensing JM: Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. NIVEL, Utrecht 1991
- Beyer M, Otterbach I, Erler A, Muth C, Gensichen J, Gerlach F (2007): Multimorbidität in der Allgemeinpraxis – Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. *Z Allg Med* 83, 310–315
- Böttcher M, Steinhäuser J, Götz K (2016): Das hausärztliche Gespräch – ein qualitativer Blick auf die Erlebniswelt von Arzt und Patient. *Z Allg Med* 92, 438–444
- Brucks U: Beitrag 2: Salutogenese – der nächstmögliche Schritt in der Entwicklung medizinischen Denkens? In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1998, 23–36
- Clucas C, St Claire L (2011): Relationship between communication skills training and doctors' perceptions of patient similarity. *Int J Med Educ* 2, 30–35
- Constantinidis A, Beyer M, Karl S, Gerlach F, Erler A (2013): Ist die Hausarztpraxis ein „Medical Home“ für chronisch kranke Patienten in Deutschland? *Z Allg Med* 89, 317–324
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2007): Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten. Positionspapier. *Z Allg Med* 83, 316–320
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001): Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 357, 757–762
- Dinger-Broda A, Schüßler G: Chronisch-körperliche Erkrankungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. 5. Auflage; Thieme, Stuttgart 2011, 519–523
- Dirmaier J, Härter M: Partizipative Entscheidungsfindung in der medizinischen Versorgung. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. 1. Auflage; Huber, Bern 2012, 318–331
- Egidi G (2007): Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). *Z Allg Med* 84, 8–9
- Emmerling P: *Ärztliche Kommunikation. Als Erstes heile mit dem Wort*. 1. Auflage; Schattauer, Stuttgart 2014
- Fischer T, Abholz H-H: Erlebte Anamnese. In: Kochen MM (Hrsg.): *Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 22–23
- Geider FJ, Rogge K, Schaaf H: *Einstieg in die Faktorenanalyse*. Uni-Taschenbücher 1171; Quelle & Meyer, Heidelberg 1982

- Geisler L (2004): Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. Dtsch Med Wochenschr 129, 453–456
- Gensichen J, Rosemann T (2007): Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten. DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Z Allg Med 83, 483–486
- Gerlach F, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J (2006): Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z Allg Med 100, 335–343
- Goffman E: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 23. Auflage; Suhrkamp, Frankfurt am Main 2016
- Häder M: Empirische Sozialforschung: Eine Einführung. 2. Auflage; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010
- Hauser K, Koerfer A, Kuhr K, Albus C, Herzig S, Matthes J (2015): Endpunkt-relevante Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung. Ein systematisches Review. Dtsch Arztebl Int 112, 665–671
- Hermann J, Flick U (2009): Qualitative Forschung in der deutschen Allgemeinmedizin im Spiegel der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“. Z Allg Med 85, 278–283
- Himmel W, Rösberg W: Arzt-Patienten-Beziehung in der Allgemeinpraxis. In: Kochen MM (Hrsg.): Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 589–599
- Hladschik-Kermer B: Grundlagen der Kommunikation. In: Frischschlager O, Hladschik-Kermer B (Hrsg.): Gesprächsführung in der Medizin – lernen, lehren, prüfen. 1. Auflage; Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2013, 13–21
- Honermann H: Ratinginventar lösungsorientierter Interventionen (RLI): Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung ressourcen- und lösungsorientierten Therapeutenverhaltens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J: Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. Auflage; Huber, Bern 2007, 13–23
- In der Schmitt J (2014): Autonomie gewähren genügt nicht – Patienten-Selbstbestimmung bedarf aktiver Förderung durch Ärzte. Z Allg Med 90, 246–250

- Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M (2013): Effect of physicians' gender on communication and consultation length: A systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy* 18, 242–248
- Junius-Walker U, Theile G (2007): Die Behandlung chronischer Krankheiten bei alten Menschen – Ausgangslage und Entwicklungsperspektiven. *Z Allg Med* 83, 455–460
- Kasper J, Reitz D: Professionsspezifische Merkmale von Beratungsqualität an einem Beispiel aus der Beratung der Frage nach pränataldiagnostischen Maßnahmen. In: Wewetzer C, Winkler M (Hrsg.): *Beratung schwangerer Frauen: Interprofessionelle Zusammenarbeit bei Pränataldiagnostik*. 1. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart 2013, 117–131
- Klindtworth K, Schneider N, Bleidorn J (2013): Wie erleben Patienten mit unheilbaren, fortgeschrittenen Erkrankungen ihre häusliche Versorgung? *Z Allg Med* 89, 159–164
- Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden s. AWMF 2012, Internetquellen
- Maatouk-Bürmann B, Ringel N, Spang J, Weiss C, Möltner A, Riemann U, Langewitz W, Schultz J, Jünger J (2016): Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 99, 117–124
- Marx G, Witte N, Himmel W, Kuhnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J (2011): Accepting the unacceptable: Medication adherence and different types of action patterns among patients with high blood pressure. *Patient Educ Couns* 85, 468–474
- Mazzi MA, Bensing J, Rimondini M, Fletcher I, van Vliet L, Zimmermann C, Deveugele M (2013): How do lay people assess the quality of physicians' communicative responses to patients' emotional cues and concerns? An international multicentre study based on videotaped medical consultations. *Patient Educ Couns* 90, 347–353
- Mazzi MA, Rimondini M, Boerma WG, Zimmermann C, Bensing JM (2016): How patients would like to improve medical consultations: Insights from a multicentre European study. *Patient Educ Couns* 99, 51–60
- Mead N, Bower P (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 51, 1087–1110
- Mead N, Bower P (2002): Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 48, 51–61
- Mead N, Bower P, Hann M (2002): The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 55, 283–299
- Nowak P (2011): 20 Thesen zu Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Balint Journ* 12, 8–14

- Ong L, Haes J de, Hoos AM, Lammes FB (1995): Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 40, 903–918
- Ong L, Visser M, Lammes FB, Haes J de (2000): Doctor-Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* 41, 145–156
- Parry RH, Land V (2013): Systematically reviewing and synthesizing evidence from conversation analytic and related discursive research to inform healthcare communication practice and policy: an illustrated guide. *BMC Med Res Methodol* 13, 1–13
- Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbla* 56, 832–844
- Ripke T: Patient und Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. 1. Auflage; Thieme, Stuttgart 1994
- Petzold TD (2011): Systemische und dynamische Aspekte von Ganzheit in einer Theorie der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 87, 407–413
- Pilnick A, Hindmarsh J, Gill VT (2009): Beyond 'doctor and patient': Developments in the study of healthcare interactions. *Sociol Health Ill* 31, 787–802
- Rhodes P, Mc Donald R, Campbell S, Daker-White G, Sanders C (2016): Sense-making and the co-production of safety: a qualitative study of primary medical care patients. *Sociol Health Ill*, 38, 270–285
- Rosenbrock R (2007): Präventionsgesetz aus der Sicht von Public Health. *Deut Med Wochenschr* 42, 2207
- Roter DL, Larson S (2002): The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 46, 243–251
- Roter DL, Hall JA, Katz NR (1988): Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Educ Couns* 12, 99–119
- Roter DL, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint JR, Adamo G, Wissow L (2004): Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ* 38, 145–157
- Sanders T, Harrison S, Checkland K (2008): Evidence-based medicine and patient choice: the case of heart failure care. *J Health Serv Res Policy* 13, 103–108
- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S (2009): A Survey Of Primary Care Physicians In Eleven Countries, 2009: Perspectives On Care, Costs, And Experiences. *Health Affair* 28, 1171–1183

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Kommunikation im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis. SAMW, Basel 2013
- Sielk M, Brockmann S, Wilm S (2004): Qualitative Forschung – Hineindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? *Z Allg Med* 80, 334–342
- Simmenroth-Nayda A (2008): Sind weibliche Studierende bei der OSCE im Vorteil? *GMS Z Med Ausbild.* 25,1
- Simmenroth-Nayda A, Lohnstein M: Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Kochen MM (Hrsg.): *Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 147–154
- Singh D: Wie lassen sich Disease-Management-Programme unter Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen und -dienstleistern durchführen? Grundsatzpapier. Publications WHO Regional Office Europe, Kopenhagen 2008
- Sonntag B (2009): Rezept statt Gespräch: Läuft da etwas falsch in diesem Land? Über Risiken und Nebenwirkungen von pflanzlichem Hustensaft und homöopathischen Schleimlösern. *Z Allg Med* 85, 321–324
- Stock K, Abholz H-H, Altiner A, Wollny A (2012): Warum nimmt ein Hausarzt an einer Interventionsstudie teil? Eine qualitative Analyse mittels Fallinterpretation. *Z Allg Med* 88, 218–225
- Street RL (1991): Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 32, 541–548
- Turner D, Tarrant C, Windridge K, Bryan S, Boulton M, Freeman G, Baker R (2007): Do patients value continuity of care in general practice? An investigation using stated preference discrete choice experiments. *J Health Serv Res Policy* 12, 132–137
- Überla K: *Faktorenanalyse: Eine systematische Einführung für Psychologen, Mediziner, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*. 2. Auflage; Springer-Verlag, Berlin 1971
- Uexküll T v, Wesiack W: Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Wesiack W (Hrsg.): *Uexküll Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. Auflage; Urban & Fischer/Elsevier, München 2011, 3–40
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva F, Mead N, Messerli V, Oppizzi L (2000): Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Educ Couns* 39, 115–127
- Van den Bussche H, Schäfer I, Koller D, Hansen H, Von Leitner E, Scherer M, Wegschneider K, Glaeske G, Schön G (2012): Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in

- der vertragsärztlichen Versorgung: Eine Analyse auf der Basis von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Z Allg Med* 88, 365–371
- Veit I, Behling S: Praxis der psychosomatischen Grundversorgung: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. 1. Auflage; Kohlhammer, Stuttgart 2010
- Verweyen C, Fuchs A, Abholz H-H (2007): Einfluss von Copingstrategien und Compliance auf die Güte der Einstellung von Typ-II-Diabetikern. *Z Allg Med* 83, 51–56
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D : Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 11. Auflage; Huber, Bern 2007
- Weber, H: Das Gespräch bei der Visite. In: Wesiack W (Hrsg.): Uexküll Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Auflage; Urban & Fischer/Elsevier, München 2011, 347–358
- Wetzel D, Himmel W, Heidenreich R, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Rogausch A, Sigle J, Boeckmann H, Kuehnel S, Niebling W (2005): Participation in a quality of care study and consequences for generalizability of general practice research. *Fam Pract* 22, 458–464
- World Health Organization: Preventing chronic diseases: A vital investment. WHO Library Cataloguing, Genf 2005
- Wiesemann C (Hrsg.): Autonomie & Vertrauen: Schlüsselbegriffe der modernen Medizin. Forschergruppe Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin; Erkenntnis – Praxis – Norm. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2013
- Wilm S (2005): Mitten in der Wirklichkeit und reflektiert. *Z Allg Med* 81, 234–236
- Wilm S, Abholz H-H: Chronisches Kranksein. In: Kochen MM (Hrsg.): Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 203–216
- Wilm S, Bahrs O, Peters T, Knauf A (2004): Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation? *Z Allg Med* 80, 53–57
- Wollny A: Hausärztliche Krankheitskonzepte in Biographie und Interaktion. Kassel University Press, Kassel 2012
- Ziegeler G, Himmel W: Hilfesuche, Kranksein und Krankheitsbewältigung. In: Kochen MM (Hrsg.): Duale Reihe Lehrbuch Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 4. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 578–588
- Zimmermann C, Del Piccolo L, Bensing JM, Bergvik S, De Haes H, Eide H, Fletcher I, Goss C, Heaven C, Humphris G (2011): Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Educ Couns* 82, 141–148

8.2 Verzeichnis der Internetquellen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012): S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ (051/001): Langfassung. O. Verl., o. Ort
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0011_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-abgelaufen.pdf;
Zugriff am 22.12.2017
- Bahrs O (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit: Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. O. Verl., o. Ort
<https://www.researchgate.net/publication/230943640>; Zugriff am 21.01.2016
- Bahrs O, Henze K-H, Lowenstein F, Abholz H-H, Ilse K, Wilm S, Bureick G, Heim S (2015): Review Dialogues as an Opportunity to Develop a Person-related Overall Diagnosis. *Int J of Pers Cent Me* 5 (3), 112–119
https://www.researchgate.net/publication/287204475_Review_Dialogues_as_an_Opportunity_to_Develop_a_Person-related_Overall_Diagnosis;
Zugriff am 21.01.2016
- Bahrs O, Heim S, Löwenstein F, Henze K-H (2017): Interaktionelle Gestaltung von Gesundheitszielen in der hausärztlichen Praxis – Prozessanalysen zur Konzeptumsetzung des Bilanzierungsdialogs (BD) in der Interventionsstudie BILANZ. 51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Düsseldorf, 21.-23.09.2017. Düsseldorf.
<http://www.egms.de/static/en/meetings/degam2017/17degam261.shtml>;
Zugriff am 22.12.2017
- Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen S, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG (2006): Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract*, 62 (7)
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-7-62>;
Zugriff am 22.12.2017
- Bundesärztekammer: Arbeitskreis „Versorgungsforschung“: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. O. Verl., Berlin 2004
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Definition.pdf;
Zugriff am 30.08.2017
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM): Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. DEGAM-Zukunftspositionen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. O. Verl., o. Ort 2012

- http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspostionen.pdf; Zugriff am 15.12.2015
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM): Das anamnestiche Erstgespräch. DEGAM-Praxisempfehlung. O. Verl., Hamburg 2017
- http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-Praxisempfehlungen/Das%20anamnestische%20Erstgespraech/DEGAM%20LL%20anam.%20Erstgesprae%C%88ch%20Praxisempfehlung%20RZ%20online_15-12-17.pdf; Zugriff am 10.01.2018
- Deutscher Bundestag: Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung (Band III) 1999
- <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/068/1406871.pdf>; Zugriff am 21.01.2016
- Geisler L: Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: Stärkung des dialogischen Prinzips. O. Verl., o. Ort 2002
- <http://www.linus-geisler.de/art2002/dd/0514enquete-dialogisches.pdf>; Zugriff am 18.01.2016
- Have P: Sequential structures in doctor-patient interaction: ethnomethodology and history. O. Verl., o. Ort 2006
- <http://www.paultenhaven.nl/seqstruct.htm>; Zugriff am 13.01.2016
- Henze, K-H, Heim, S, Löwenstein, F, Bahrs O: Komplexität als Qualitätsindikator bei der Umsetzung von bilanzierenden Gesprächen mit chronisch erkrankten Menschen. 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Frankfurt am Main, 29.09.-01.10.2016. Düsseldorf.
- <http://www.egms.de/static/en/meetings/degam2016/16degam268.shtml>;
Zugriff am 22.12.2017
- Kasper J, Geiger F: Prozessanalyse systemischer Interventionen: Kurzmanual. O. Verl., o. Ort 2006
- <http://www.chemie.uni-hamburg.de/pha/muehlhauser/studium/material/SeminarliteraturBeratung.pdf>; Zugriff 13.01.2016
- Koerfer A (2008): Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz: Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 9, 34–78
- <http://www.gespraechsforschung-online.de/heft2008/ag-koerfer.pdf>; Zugriff am 18.01.2016
- Lenhard W, Lenhard A: Berechnung von Effektstärken. O. Verl., o. Ort 2016
- <http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>; Zugriff am 01.07.2016
- Van den Brink-Muinen A, Maaroos H I, Tähepöld H (2008): Communication style in primary health care in Europe. *Health Education* 108, 384–396

https://www.researchgate.net/publication/235298755_Communication_style_in_primary_health_care_in_Europe; Zugriff am 22.12.2017

World Health Organization: WHO Definition of Health. O. Verl., o. Ort 1948

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>; Zugriff am 21.01.2016

World Health Organization: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. O. Verl., o. Ort 1986

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf;
Zugriff am 15.12.2015

Danksagung

Herrn Professor Dr. H. Friedrich danke ich für die freundliche Annahme des Themas der Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. O. Bahrs für den Themenvorschlag sowie die hervorragende Betreuung der Arbeit und die konstruktiven Diskussionen.

Außerdem danke ich Herrn Dr. F. J. Geider für seine motivierende Unterstützung bei der Erstellung der Statistik, Herrn Dr. J. Kaschel sowie Herrn C. Braun für ihre engagierten Korrekturanmerkungen, Herrn M. Braun für die aufbauenden Gespräche während des Promotionsvorhabens und insbesondere meinen Eltern für die Ermöglichung meines Studiums sowie ihre fortwährende Unterstützung.

Abschließend danke ich der Ärztin und den Ärzten und den Patientinnen und Patienten der Videoaufzeichnungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Psychologie und Soziologie, an welche ich mich bei Fragen wenden konnte.