



## „Er weiß es noch nicht“ – Triadische Kommunikation und ihre Tücken am Beispiel eines onkologischen Visitengesprächs

Bettina Baldt

Eingegangen: 12. Juli 2021 / Angenommen: 15. Februar 2022  
 © Der/die Autor(en) 2022

**Zusammenfassung** Medizinische Kommunikation ist ein wirkungsvolles Instrument ärztlichen Handelns. Aufgrund des niedrigen Stellenwerts, den medizinische Kommunikation innerhalb der Medizin und medizinischen Ausbildung immer noch einnimmt, wissen viele Ärzt:innen nicht, professionell mit diesem Instrument umzugehen. Medizinische Kommunikation so einzusetzen, dass Patient:innen gut informiert und involviert sind, ist Voraussetzung dafür, dass diese selbstbestimmt Entscheidungen treffen können. In dieser Arbeit analysiere ich ein Visitengespräch auf einer onkologischen Station gesprächsanalytisch. Auf diese Weise sollen die Tücken der ärztlichen Gesprächsführung – speziell in der triadischen Kommunikation – anhand eines Fallbeispiels aus der Praxis aufgezeigt und aus dem Transkript heraus Optimierungsvorschläge erarbeitet werden. Fehler in der Gesprächsführung, welche man in der Theorie durchaus als solche erkennt, passieren in der Praxis leider dennoch, weswegen dieses Fallbeispiel dazu einladen soll, die eigene Gesprächsführung kritisch zu reflektieren. Das Fazit enthält Anregungen für die Vorbereitung auf das Visitengespräch sowie für die Gesprächsführung während der Visite selbst.

**Schlüsselwörter** Medizinische Kommunikation · Patientenzufriedenheit · Partizipative Gesprächsführung · Krebs · Linguistische Gesprächsanalyse

### “He does not know it yet” – Triadic communication and its pitfalls exemplified by an oncological ward round consultation

**Summary** Medical communication is an effective instrument for the medical practice. Due to the low status that medical communication still has within medicine and medical education, many physicians do not know how to use this instrument professionally. Using medical communication in a way that patients are well informed and involved is a prerequisite for them to make self-determined decisions. In this paper I analyze a consultation in an oncology ward to show the pitfalls of medical communication, especially in triadic communication, based on a case study to work out suggestions for optimization from the transcript. Mistakes in conducting conversations, which can be recognized as such in theory, unfortunately still happen in practice, which is why this case study is intended as an invitation to critically reflect on one's own conduct of conversations. The conclusion contains suggestions for the preparation as well as the conduct of the consultation during medical rounds.

**Keywords** Medical communication · Physician-patient communication · Patient participation · Patient satisfaction · Linguistic analysis of conversation

Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen ist ein wichtiger Faktor für eine gelingende Interaktion und maßgeblich für die Zufriedenheit der Patient:innen [1, 2] und den Behandlungserfolg [3, 4]. Medizinische Kommunikation wurde bereits aus den Blickwinkeln unterschiedlichster Fragestellungen erforscht, wobei es sich dabei nicht nur um ein Thema der Sprachwissenschaften und verwandter Fachbe-

B. Baldt (✉)  
 Institut für Systematische Theologie und Ethik, Universität  
 Wien, Schenkenstr. 8–10, 1010 Wien, Österreich  
[bettina.baldt@univie.ac.at](mailto:bettina.baldt@univie.ac.at)

reiche handelt [5, 6], sondern auch die medizinethische Relevanz deutlich hervortritt. Beauchamp und Childress formulierten als eines ihrer 4 Grundprinzipien ärztlichen Handelns die Patient:innenautonomie; Patient:innen sollen also selbstbestimmt (mit-)entscheiden können, was mit ihnen geschieht [7]. Dazu müssen Ärzt:innen ihre Patient:innen allerdings über deren Erkrankung sowie Behandlungsoptionen informieren und sie aktiv in Entscheidungsprozesse einbinden. Dafür ist eine professionelle Gesprächsführung grundlegend.

In der Sprachwissenschaft erhielten v. a. das medizinische Erstgespräch und seine Frage-Antwort-Sequenzen, wie sie beispielsweise für ein Anamnesegespräch üblich sind, viel Aufmerksamkeit [8–10]. Auch zum Visitengespräch finden sich zahlreiche Publikationen [11–13], von denen viele die Unzulänglichkeiten der Kommunikation bei Visiten zum Vorschein brachten. Beckmann und Frankel stellten fest, dass nur ein Viertel der Ärzt:innen ihre Patient:innen ausreden lässt; Unterbrechungen durch Ärzt:innen fanden durchschnittlich bereits nach 18 s statt [14]. Darüber hinaus werden 90 % der Patient:innen-Fragen in einem Visitengespräch schlecht, nicht zufriedenstellend oder nicht angemessen beantwortet [15]. Eine weitere Studie ergab, dass nur 4 von 35 Patient:innen alle ihre Anliegen ansprechen konnten und das Gespräch zufrieden verließen [16]. In einer Untersuchung von Langewitz nahm ein Visitengespräch durchschnittlich 2,5 bis 3 min in Anspruch, wovon 60 % der Redezeit auf Ärzt:innen, 30 % auf Patient:innen und 10 % auf das Pflegepersonal entfielen [17]. Auch wenn für manche Zahlen aufgrund einer mangelhaften Datenlage auf ältere Studien zurückgegriffen werden muss, finden sich auch im Jahr 2016 noch einige Kritikpunkte an der Praxis des Visitengesprächs, wobei die Kommunikation und der Informationsaustausch einen zentralen Platz einnehmen [18].

Offenbar stellt es Ärzt:innen in Visitengesprächen vor eine große Herausforderung, ihren eigenen Aufgaben (Einholen von Informationen über den Gesundheitszustand der Patient:innen, Vorantreiben der Behandlung) zeiteffizient nachzukommen, ohne die Bedürfnisse der Patient:innen (Information über Diagnose und Therapieoptionen erhalten, Einbringen eigener Anliegen) zu vernachlässigen. Optimierungsvorschläge wären ausreichend vorhanden [19, 20], dennoch belegt eine aktuellere systematische Untersuchung, dass Ärzt:innen wenig Patient:innen-involvierendes Verhalten zeigen [21]. Dieser Befund zeigt auf, dass sich nicht die Frage stellt, *ob* medizinische Kommunikation ethisch relevant ist, sondern *wie* gute Ärzt:innen mit ihren Patient:innen kommunizieren sollen, um medizinethischen Ansprüchen gerecht zu werden.

In der vorliegenden Arbeit analysiere ich ein Visitengespräch als Fallstudie medizinischer Kommunikation, wobei dieses folgende Besonderheiten aufweist: Es handelt sich dabei einerseits um eine Folge-

konsultation eines chronisch kranken Patienten und andererseits sind es (primär) 2 Ärzte und 1 Patient, die am Visitengespräch beteiligt sind. Nach Grüninger bestehen Folgekonsultationen für Ärzt:innen aus Aufgaben, wie Handlungsbereitschaft und Fertigkeiten der Patient:innen zu besprechen, an der Umsetzung verfolgter (Behandlungs-)Strategien zu arbeiten oder Unterstützung anzubieten [22]. Folgeuntersuchungen laufen daher anders ab als Erst- bzw. Anamnese-gespräche, wobei außerdem unterschieden werden muss, ob es sich um eine Nachsorgeuntersuchung handelt oder um einen Termin im Rahmen einer länger andauernden Behandlung. Triadische Kommunikation wurde im medizinischen Kontext bisher beispielsweise bei Gesprächen mit Dolmetscher:innen [23] oder mit Patient:innen und deren Angehörigen erforscht [24]. Aber auch Visitengespräche, die ohne Dolmetscher:innen oder Angehörige geführt werden, spielen sich selten „nur“ zwischen einer Ärztin bzw. einem Arzt und einer Patientin bzw. einem Patienten ab, da die Visite meist von einem ganzen Team durchgeführt wird, welches sich zu gegebenem Anlass ins Gespräch einbringt. Die Untersuchung triadischer Kommunikation im Krankenhaus hat daher eine hohe Praxisrelevanz. Ziel dieser Arbeit ist es, Herausforderungen der triadischen Kommunikation beim Visitengespräch aufzuzeigen und konkrete Optimierungsvorschläge herauszuarbeiten.

## Methode

Das Visitengespräch ist Teil einer anfallenden Stichprobe, welche für ein Projekt des Wissenschaftsfonds FWF im Mai 2018 in einem österreichischen Ordensspital erhoben wurde. Aus der Stichprobe wurden 13 Visitengespräche ausgewählt, welche medizinische Entscheidungen beinhalteten. Das vorliegende Visitengespräch illustriert besonders gut die Tücken der triadischen Kommunikation, weshalb dieses für eine eigene Fallstudie herangezogen wurde, um einige wichtige Punkte der medizinischen Kommunikation zu erläutern. Die krankenhauseigene Ethikkommission genehmigte das Projekt, und die beteiligten Ärzte (zwischen 55 und 60 Jahren alt) sowie der Patient (67 Jahre alt) haben ihr schriftliches Einverständnis für die Teilnahme an der Studie gegeben. Der Patient verfügte über eine private Versicherung und war daher auf der „Sonderklasse“ untergebracht. Das Gespräch dauerte ca. 8 min, wurde mittels digitalen Audiorekorders aufgezeichnet und nach GAT-2-Konventionen für das Basistranskript verschriftet [25]. Die wichtigsten Transkriptionskonventionen befinden sich im Anhang in Tab. 1.

Das gesamte Transkript wurde mittels linguistischer Gesprächsanalyse untersucht – eine Methode, um Arten interpersoneller Kommunikation sowie kommunikative Aufgaben zu rekonstruieren, Kommunikationsregeln zu identifizieren und Kommunikationspraktiken auf einer empirischen Basis zu definie-

ren [26]. Dabei geht man sequenzanalytisch vor und untersucht die Redebeiträge der Beteiligten in Bezug auf die Sprecherwechsel, ihre interaktive Konstruktion sowie die Form der kommunikativen Handlung und deren thematischer Verknüpfung. Außerdem werden Gesprächsabschnitte und Gesprächsphasen identifiziert. In weiterer Folge werde ich einzelne, für den Gesprächsverlauf relevante Transkriptausschnitte zeigen und gesprächsanalytisch interpretieren. Aus den Ergebnissen der Analyse werden dann Optimierungsvorschläge ausgearbeitet.

## Fallstudie

Der Patient leidet an einer Krebserkrankung und wird bereits seit Jahren in der Institution betreut. Er ist daher mit dem Krankenhaus, den behandelnden Ärzt:innen sowie dem Pflegepersonal gut vertraut. Für den geplanten Krankenhausaufenthalt ist die Gabe seiner Chemotherapie angesetzt. Der Patient wurde am Morgen desselben Tages stationär aufgenommen und hatte ein Aufnahmegespräch mit einem der am Visitengespräch beteiligten Ärzte (A2). Der visitenleitende Arzt (A1) führt das Gespräch mit dem Patienten (P1) gemeinsam mit dem begleitenden Arzt (A2). Des Weiteren ohne Wortmeldung während der ausgewählten Abschnitte anwesend sind eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche die Stationsleitung innehat, sowie der Stationsarzt, der kurz nach Gesprächsbeginn hinzustößt, und B.B.

## Sprecherkennzeichnungen

- A1: Visitenleitender Arzt
- A2: Begleitender Arzt
- P1: Patient

## Gesprächseröffnung

Das Visitenteam betritt das Zimmer des Patienten, woraufhin dieser das Team willkommen heißt (Abb. 1).

Der Patient eröffnet das Gespräch mit einer Begrüßung (Zeile 001). Es ist ungewöhnlich, dass der Patient das Gespräch eröffnet und nicht der visitenleitende Arzt. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass

```
001 P1:   ich begrüße sie auf das allerherzlichste;
002      (1)
003 A1:   OH:;
004      (2.1)
005 P1:   grüß gott;
006 A1:   wie GEht_s ihnen?
007      (0.4)
008 P1:   EIGentlich im GROßen und GANzen recht
          gu:t?
```

**Abb. 1** Transkriptausschnitt 1. Gesprächseröffnung

der Patient bereits gut mit der Institution vertraut ist. Nicht die Ärzte begrüßen ihn auf *ihrer* Station, der Patient begrüßt die Ärzte in *seinem* Zimmer. Der visitenleitende Arzt reagiert auf die Begrüßung mit einem lauten „OH:“ (Zeile 003). Diese Lautäußerung entspricht nicht der klassischen Antwort auf eine Begrüßung, weshalb der Patient seine Begrüßung reformuliert (Zeile 005). Interessant ist, dass der visitenleitende Arzt erneut nicht mit einer Gegen-Begrüßung antwortet, sondern eine Frage an den Patienten richtet (Zeile 006). Damit hebt er seine Rolle als visitenleitender Arzt hervor, da nun der Patient seine Frage beantworten „muss“. Der Patient antwortet, dass es ihm „im GROßen und GANzen EIGentlich recht gut“ gehe (Zeile 008).

In der Eröffnungssequenz richten sich Arzt und Patient gemeinsam aus und nutzen diese Abstimmung, um zu ermitteln, inwiefern sie miteinander kooperieren werden [27]. Obwohl der Patient zu Beginn ein wenig dominant für das Setting agiert, verhält er sich kooperativ, als der visitenleitende Arzt die Rolle des Gesprächsführers einnimmt. Der visitenleitende Arzt und der Patient tauschen sich in weiterer Folge noch detaillierter über die Verfassung des Patienten aus (Zeile 009–022).

## Eine unerwartete Wendung

Am Beginn des Gesprächsabschnitts geht der Patient erneut auf sein Wohlbefinden aus dem vorangegangenen Gesprächsabschnitt ein, lässt seinen Satz aber unvollendet (Abb. 2, Zeile 019). Mit diesem Redebeitrag knüpft der Patient an die Frage des visitenleitenden Arztes in Zeile 006 an. Der visitenleitende Arzt beendet daraufhin den Redebeitrag des Patienten; beide Gesprächsteilnehmer zeigen sich kooperativ. Nun kommt es jedoch zu einer Überlappung zwischen dem Patienten und dem begleitenden Arzt, da beide gleichzeitig zu sprechen beginnen (Zeile 022–023). Der begleitende Arzt, welcher bisher noch nicht am Gespräch beteiligt war, verstummt wieder, als er bemerkt, dass der Patient seinerseits einen neuen Redebeitrag beginnt.

Der Patient hat sein Rederecht vorerst durchgesetzt (Zeile 023), allerdings fällt ihm der begleitende Arzt erneut ins Wort (Zeile 024). Dies ist deswegen als Unterbrechung des Patienten zu erkennen, da der begleitende Arzt mitten im Redebeitrag vom Patienten versucht, das Rederecht zu übernehmen, und die Äußerung thematisch nicht mit einem vorherigen Redebeitrag verknüpft ist. Der Patient bricht daraufhin seine Äußerung ab. Der begleitende Arzt adressiert mit seiner Unterbrechung den visitenleitenden Arzt und spricht dabei über den Patienten in der dritten Person (Zeile 026: „er hat nur [...]“). Der begleitende Arzt informiert den visitenleitenden Arzt darüber, dass der Patient nur 55.000 Thrombozyten hat. Der Patient versteht den Einwurf des begleitenden Arztes – sei es akustisch oder inhaltlich – nicht, lässt sich da-

019 P1: ah:: aber sonst muss i sogn bin i  
eigentlich-

020 A1: lauft\_s gut;

021 (0.2)

022 A2: [jo ]

023 P1: [jo:] bin natürlich ned [leistungs]

024 A2: [LEIder, ]

025 P1: FÄhig des is  
(0.3)

026 er hat nur fünfunfzigtausend thrombos;

027 (1.5)

028 P1: bitte?

029 A2: er weiß es noch <<lachend> nicht> haha  
[haha ]

030 P1: [wos denn?]

031 (0.8)

032 A1: sie ham zu wenig blu:tPLÄTtchen,

033 (0.2)

034 sodass wir sie heute verschie:ben müssen  
(-) von der CHEmo her;

035 P1: \*hh <<geräuschvoll> AH::>  
(0.7)

**Abb. 2** Transkriptausschnitt 2. Eine unerwartete Wendung

durch aber vorerst nicht verunsichern und fragt mit einem „bitte?“ nach, um seinem Verständnis auf die Sprünge zu helfen (Zeile 028). Sein Versuch, sich wieder in das Gespräch einzubringen, aus dem er soeben (durch das Sprechen über anstatt mit ihm) ausgeschlossen wurde, gelingt nicht. Der begleitende Arzt klärt den Patienten weder darüber auf, was die von ihm eingebrachte Information für den Patienten bedeutet, noch entschuldigt er sich beim Patienten für die Unterbrechung, den Ausschluss aus dem Gespräch oder die Unhöflichkeit, in seinem Redebeitrag über ihn zu sprechen. Auch die nächste Wortmeldung ist an den visitenleitenden Arzt adressiert und dient dazu, ihn darüber aufzuklären, dass der Patient davon bis zum momentanen Zeitpunkt noch nichts wusste (Zeile 029). Der begleitende Arzt erzeugt hier mit seinem Sprechen über den Patienten ein „Gespräch im Gespräch“.

Die Frage des Patienten bleibt indes unbeantwortet, was ihn dazu veranlasst, diese in anderen Worten zu wiederholen (Zeile 030). An dieser Stelle wäre eine Videoaufnahme von Vorteil, um zu überprüfen, ob die nonverbale Kommunikation Aufschluss darüber gibt, wen der Patient mit seinen Fragen in Zeile 028 und 030 adressiert. Ob nonverbal adressiert oder nicht, der visitenleitende Arzt antwortet beim zweiten Versuch auf die Frage des Patienten, indem er die Worte des begleitenden Arztes aus Zeile 026 paraphrasiert und in eine leichter verständliche Sprache übersetzt (Zeile 032: „sie ham zu wenig blu:tPLÄTtchen“). Anschließend erklärt der visitenleitende Arzt dem Patienten,

welche Folgen die geringe Thrombozytenanzahl für seine Behandlung hat (Zeile 034: „sodass wir sie heute verschie:ben müssen (-) von der CHEmo her;“).

Nach dieser Sequenz wird gemeinsam von Ärzten, Pflegeperson und Patient ein Ersatztermin für die Chemotherapie gesucht. Dabei wird auf den geplanten Urlaub des Patienten Rücksicht genommen, über welchen der begleitende Arzt schon Bescheid weiß, der visitenleitende Arzt aber noch nicht. Abermals wird das Gespräch dadurch gestört, dass nicht alle am Gespräch Beteiligten denselben Informationsstand haben. Nachdem das Missverständnis aufgeklärt ist und sich alle Beteiligten auf eine Woche geeinigt haben, in der die Chemotherapie nachgeholt werden soll, erkundigt sich der Patient nach seinem „Gesamtbild“, woraufhin die Ärzte darlegen, dass sie mit den anderen Werten des Patienten sehr zufrieden sind. Der Patient führt die überraschende Besserung auf eine Änderung bei der vergangenen Chemotherapie zurück, welche es laut den Ärzten aber nicht gab. Nachdem die Sache (zumindest zur Zufriedenheit der Ärzte) geklärt ist, wird ein konkreter Termin für die verschobene Chemotherapie vereinbart, den alle Beteiligten bestätigen. Nun stellt der Patient die Frage, die ihn wohl schon beschäftigt, seit der visitenleitende

174 ja WIEso bilde ich keine blutkörperchen nach?

175 A1: na weil die CHEmotherapie nicht nur die  
tumorzellen (-) verknuspert sondern auch (-)

176 P1: mhm,

177 A1: beHI:ndert das WÄ:CHstum ihrer (--)  
blutPLÄTtchen beziehungsweise ihrer  
megakariozytten;

178 P1: [mhm; ]

179 A1: [die diese] blutplättchen abgeben;

180 P1: okay (.) das bedeutet wann i ma dann endlich  
den tumor besiegt ham (xxx) i mi dann auf da  
andern seiten [(mit da blutkrankheit) ]

181 A1: [nein nein nein; ]

182 P1: <<lachend> (xxx) krank> [hahahaha ]

183 A1: [nein nein;]

184 aber es is (.) das hab ich ihnen ja  
[gesagt dass]

185 P1: [ja jo: jo; ]

186 A1: paralLEL zu dieser [theralpie: wir immer ein

187 P1: [jo:; ]

188 A1: au:ge auf das BLUT (.)haben (.) [müssen]

189 P1: [ja:; ]

190 (0.5)

191 A1: wei:l (.) die blutBILDung ein ganz  
sensi:bla: (---) bereich im [körper is,]

192 P1: [mhm; ]

193 mhm;

194 (0.4)

195 A1: u:nd (.) der auf (.) chemotherapie einfach  
auch MITreagiert;

**Abb. 3** Transkriptausschnitt 3. Die Frage im Hinterkopf

Arzt ihm erklärt hat, dass er zu wenige Thrombozyten für die Chemotherapie hat (Abb. 3, Zeile 174, thematische Verknüpfung zu Zeilen 032–034).

### Die Frage im Hinterkopf

Die Frage in Zeile 174 könnte direkt an die Erklärung des visitenleitenden Arztes in Zeile 034 anschließen. Es ist daher naheliegend, dass die Erklärung des visitenleitenden Arztes für den Patienten nicht ausreichend war. In den Zeilen 175 bis 179 gibt der visitenleitende Arzt ausführlich Antwort auf die Frage des Patienten. Besonders ins Auge fällt die Wortwahl „verknuspern“, die im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung recht ungewöhnlich ist und bagatellisierend wirkt. Es fehlen an dieser Stelle die Hinweise darauf, ob der visitenleitende Arzt der Erkrankung mit Humor begegnen will oder sich eine Sprache zunutze macht, die sonst eher bei Kindern Anwendung findet. Die Pause unmittelbar vor dem Wort „verknuspern“ deutet jedenfalls darauf hin, dass der visitenleitende Arzt die Formulierung bewusst wählt.

Der Patient ratifiziert die Erklärung des visitenleitenden Arztes (Zeile 180), geht dann jedoch zu einer Interpretation der Ausführungen des visitenleitenden Arztes über und äußert seine Sorgen in Bezug auf die ungewollten Konsequenzen, welche die Chemotherapie mit sich bringen könnte. Diese Interpretation hält der visitenleitende Arzt für unzulässig und begleitet diese mit mehrmaligen Verneinungen. Der Rest des Redebeitrags des Patienten geht in seinem eigenen Lachen unter – eine Reaktion auf die vehemente Negierung seiner Äußerung durch den visitenleitenden Arzt. Mit seinem Lachen könnte der Patient zum Ausdruck bringen, dass er seine „Schwarzmalerei“ in Bezug auf die negativen Folgen der Chemotherapie nicht ernst gemeint hat. Der Optimismus bzw. die Hoffnung des Patienten zeigt sich auch in seiner Äußerung in Zeile 180: „[...] wann i ma dann endlich den tumor besiegt ham [...].“

Von Zeile 184 bis 195 führt der visitenleitende Arzt noch einmal aus, dass er den Patienten bereits auf die

```

196 P1: ja (.) GUT was kann ich zur blutbildung
      unterstützend tu:n?
197 (1.3)
198 A1: für die blutplättchen: kann man in der
      tat (.) GAR nix tun;
199 P1: noh:=auch gut;
200 (1.1)
201 fällt also NICHT in meinen verantwortung
      [sbereich]
202 A1: [nein ] nein
203 (0.2)
204 P1: gu:t (-) mh;;
205 (0.5)

```

Abb. 4 Transkriptausschnitt 4. Was kann der Patient tun?

möglichen Nebenwirkungen der Chemotherapie hingewiesen hat und dass sie die Blutbildung im Auge behalten müssen, da dies ein sensibler Bereich des Körpers ist. Nachdem der visitenleitende Arzt die Frage des Patienten zu dessen Zufriedenheit beantwortet hat, stellt der Patient eine weitere Frage (Abb. 4, Zeile 196).

### Was kann der Patient tun?

Der Patient ergreift erneut die Initiative und erkundigt sich beim visitenleitenden Arzt, wie er zur Blutbildung beitragen kann. Der visitenleitende Arzt antwortet, dass der Patient zur (Nach-)Bildung der Blutplättchen nichts beitragen könne. Dies konnotiert der Patient mit einem „noh:=auch gut;“ (Zeile 199) und zeigt sich erleichtert, dass er dafür keine Verantwortung trägt (Zeile 201). Wie zu Beginn des Gesprächs begibt sich der Patient in diesem Abschnitt wieder in eine ungewöhnliche Rolle: Er hat die Gesprächsführung inne, ergreift oft das Wort, vertieft ein Thema und eröffnet ein Anschluss Thema. Auch wenn der Patient selbst keine Möglichkeiten hat, auf die Blutbildung einzuwirken, löst er mit seiner Frage in Zeile 196 doch eine Modifizierung der Chemotherapie aus (Zeilen 206–227). Der visitenleitende Arzt kündigt an, bei der nächsten Chemotherapie eine Substanz zu reduzieren, welche die Blutplättchen besonders angreift.

Nach diesem Gesprächsabschnitt liefert der visitenleitende Arzt noch eine Zusammenfassung dessen, was bisher besprochen wurde (Zeilen 228–268), und

```

296 P1: na: GU:T (--) wenn das nicht GE:ht
      herr professor dann muss ich [mich]
297 (1)
298 A2: <<Anruf entgegennehmend> [ja? ]>
299 P1: DANKend von ihnen verabschieden;
300 (1.5)
301 P1: SO:;
302 (0.7)
303 aber des FREUt mich trotzdem dass sich
      das also re[duziert hot;]
304 A1: [ja; ]
305 schaut gut aus;
306 (0.8)
307 P1: das is schon eine GÜte sache;
308 A1: auf wieder
      [sehne schö:ne zeit ]
309 P1: [wir sehne einander nächste woche ]
310 [(unverst.) ]
311 A1: [nächste Wöche und] DA:NN vor XXX
      seh ma [uns noch;]
312 P1: [gu:t; ]
313 ja das is nächste woche ganz genau;

```

Abb. 5 Transkriptausschnitt 5. Gesprächsende

kommt dadurch wieder auf den geplanten Urlaub des Patienten zu sprechen. Der Patient freut sich, dass sich die Verschiebung der Chemotherapie gut mit dem Urlaub vereinbaren lässt. Der visitenleitende Arzt offenbart einen persönlichen Bezug zum Urlaubsort des Patienten und empfiehlt diesem, viel zu gehen. Der Patient wiegelt ab und meint, er sei dafür zu schwach. Der visitenleitende Arzt gibt weitere Tipps, wie es der Patient anstellen könnte, sich mehr zu bewegen, der Patient bleibt jedoch unverbindlich und leitet das Ende des Gesprächs ein (Abb. 5, Zeilen 296, 299); eine weitere unübliche Handlung für einen Patienten in einem Visitentgespräch.

### Gesprächsende

Da er heute keine Chemotherapie bekommen würde, muss er sich dankend vom „Herrn Professor“ verabschieden. Es wirkt, als „verleihe“ der Patient dem visitenleitenden Arzt hier einen noch höheren Titel, um diesen milde zu stimmen, weil der Patient untypischerweise das Gesprächsende einleitet. Zusätzlich wird das Gespräch durch einen Anruf gestört, welchen der begleitende Arzt annimmt und sich damit aus dem Gespräch zurückzieht. Es folgt eine Verabschiedungssequenz zwischen visitenleitendem Arzt und Patienten (Zeilen 303–313), in welcher der Patient noch einmal hervorhebt, wie sehr er sich freut, dass sich die anderen Werte reduziert haben. Obwohl der Patient nicht erhält, wofür er eigentlich gekommen ist – nämlich seine Chemotherapie – beendet er das Gespräch positiv gestimmt. Bezeichnend für das gesamte Gespräch behält der Patient das letzte Wort.

### Zusammenfassung

Bevor ich dazu übergehe aufzuzeigen, welche Schlüsse aus diesem Visitentgespräch zu ziehen sind, fasse ich hier noch einmal kurz die relevanten Interaktionsphänomene zusammen, um einen guten Überblick über die Analyse zu geben:

Der Patient eröffnet das Gespräch, visitenleitender Arzt und Patient stellen sich aufeinander ein. Es folgt eine Unterbrechung durch den begleitenden Arzt, welcher eine neue Information einbringt, die klar macht, dass der Patient an diesem Tag keine Chemotherapie erhalten wird (Neuausrichtung des Gesprächs). Während der begleitende Arzt dem visitenleitenden Arzt diese neue Information mitteilt, wird der Patient aus dem Gespräch ausgeschlossen (Gespräch im Gespräch). Der Patient versucht 2-mal, sich wieder ins Gespräch hineinzureklamieren; beim zweiten Versuch antwortet ihm der visitenleitende Arzt. Da die Chemotherapie heute nicht mehr stattfinden kann, wird ein neuer Termin überlegt. Wieder ist der begleitende Arzt im Gegensatz zum visitenleitenden Arzt bereits über die Urlaubspläne des Patienten informiert (Missverständnis). Nachdem der neue Termin fixiert ist, kehrt der Patient zum Prob-

lem der zu geringen Blutplättchen zurück (Frage im Hinterkopf). Er fordert damit eine ausführlichere Antwort ein als der visitenleitende Arzt am Beginn des Gesprächs gegeben hat. Der Patient erkundigt sich weiter, was er tun kann, um die Bildung der Blutplättchen zu unterstützen (Patient übernimmt Rolle des Gesprächsführers). Nachdem der visitenleitende Arzt noch einmal alle relevanten Inhalte zusammengefasst hat und für den Patienten alle Punkte geklärt sind, leitet der Patient das Gesprächsende ein.

### Fazit

#### *Wie könnte das vorliegende Visitentgespräch optimiert werden?*

Allein der Umstand, dass die beiden Ärzte nicht über denselben Informationsstand verfügen, bewirkt eine komplette Neuausrichtung des Gesprächs und verursacht ein weiteres Missverständnis; beides wäre einfach zu vermeiden gewesen. Im besten Fall haben alle denselben Informationsstand, wobei der Informationsaustausch zwischen Visitenteam und Patient:in durchaus während der Visiten stattfinden kann und soll. Um das Gespräch möglichst effizient zu gestalten und das Sprechen über Patient:innen zu vermeiden, wäre es jedoch von Vorteil, wenn sich das Visitenteam bereits vor dem Betreten des Patient:innen-Zimmers bespricht, wie das auch Weber und Kolleg:innen vorschlagen: Es wird im Visitenteam geklärt, welche 3 bis 5 Themen bei der Visite im Fokus stehen sollen, was die Ziele für die Patientin bzw. den Patienten sind und wer welche Themen anspricht [13].

Lässt es sich einmal nicht vermeiden, Kolleg:innen während der Visite über Neuigkeiten zu informieren, sollte dies mit einer metakommunikativen Äußerung begleitet werden und nach Möglichkeit die Patientin bzw. den Patienten als Adressat miteinschließen. Dadurch sollen Zwiegespräche in einer triadischen Konstellation und daraus resultierende Kommunikationsgefälle vermieden werden. Im vorliegenden Visitentgespräch könnte das wie folgt umgesetzt werden: „Entschuldigen Sie bitte die Unterbrechung, aber bevor Sie das Gespräch weiter fortsetzen, muss ich Sie noch über eine wichtige Information in Kenntnis setzen. Herr P, Sie haben zurzeit nur 55.000 Blutplättchen. Dieser Wert ist zu niedrig, weshalb Sie heute doch keine Chemotherapie bekommen können. Dr. XY, welche weiteren Schritte würden Sie vorschlagen?“ Nachdem die nächsten Schritte besprochen sind, sollte der Patient ausreichend Gelegenheit erhalten, Fragen dazu zu stellen.

#### *Ist eine Optimierung wirklich notwendig?*

Im vorliegenden Visitentgespräch werden augenscheinlich alle Fragen des Patienten, wenn auch nicht auf Anhieb, beantwortet und seine Nachfrage bewirkt im Folgenden die Veränderung der Zusammenset-

zung seiner Chemotherapie. Warum sollte das Visitingespräch also optimiert werden? Der Patient in diesem Fallbeispiel ist bereits gut mit der Institution und den behandelnden Ärzten vertraut, was sich beispielsweise schon in der Begrüßungssequenz zeigt. Er bekommt Antworten auf seine Fragen, weil er beharrlich bleibt, wenn er nicht gehört wird und sich des Öfteren wieder ins Gespräch hinein reklamiert.

Es ist anzunehmen, dass andere Patient:innen nicht so durchsetzungsfähig sind und sich im Kontext der institutionellen Kommunikation nicht trauen, derartig zu agieren. Joseph-Williams et al. zeigten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit, dass viele Patient:innen immer noch glauben, sich passiv verhalten zu müssen, um nicht als „schwierige Patient:innen“ zu gelten [28]. Dazu gehört auch, keine Fragen zu stellen und keine zweite Meinung einzuholen. Es ist daher besonders wichtig, dass Ärzt:innen Patient:innen bewusst die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen und Unklarheiten zu äußern.

Eine Möglichkeit, um sicherzustellen, dass Patient:innen relevante Informationen verstanden haben, ist die Teach-Back-Methode. Nach der Erklärung des Arztes bzw. der Ärztin bittet diese:r beispielsweise: „Ich möchte sichergehen, dass ich es gut erklärt habe. Können Sie mir sagen, wie die Anzahl der Blutplättchen mit Ihrer Chemotherapie zusammenhängt?“ Ärzt:innen können so das Verständnis der Patient:innen direkt überprüfen und bei Missverständnissen ihre Erklärung nachbessern. Eine Übersichtsarbeit zur Methode zeigte darüber hinaus positive Auswirkungen auf die Patient:innenzufriedenheit, das Krankheitsmanagement und -wissen der Patient:innen sowie deren gesundheitsbezogene Lebensqualität [29]. Außerdem ist das Verständnis relevanter Informationen von Patient:innen nicht nur grundlegend für ein selbstbestimmtes Mitgestalten im Sinne der Patient:innenautonomie, sondern ebenso für eine gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne eines „shared decision making“, bei dem Ärzt:innen und Patient:innen Entscheidungen auch gemeinsam verantworten.

**Förderung** Diese Forschung wurde gänzlich durch den Wissenschaftsfonds (FWF) finanziert [P 29509-G24]. Zum Zweck des freien Zugangs hat die Autorin für jedwede akzeptierte Manuskriptversion, die sich aus dieser Einreichung ergibt, eine „Creative Commons Attribution CC BY“-Lizenz vergeben.

**Funding** Open access funding provided by Austrian Science Fund (FWF).

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt** B. Baldt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Ethische Standards** B. Baldt gibt an, dass die Studie den ethischen Standards entspricht. Die Studie wurde vorab von einer Ethikkommission begutachtet. Es wurden schriftliche

Einverständniserklärungen der Ärzte sowie des Patienten eingeholt.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

### Anhang

**Tab. 1** Relevante GAT-2-Konventionen (Selting et al. 2011 [25])

[ ]	Überlappungen und Simultansprechen
=	Schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Redebeiträge
°h / h°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,2–0,5 s Dauer
°hh / hh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0,5–0,8 s Dauer
(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0,2 s Dauer
(-)	Kurze geschätzte Pause von ca. 0,2–0,5 s Dauer
(--)	Mittlere geschätzte Pause von ca. 0,5–0,8 s Dauer
(0.5)	Gemessene Pause von 0,5 s Dauer
:	Dehnung, Längung, um ca. 0,2–0,5 s
::	Dehnung, Längung, um ca. 0,5–0,8 s
und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
akZENT	Fokusakzent
?	Hoch steigende Intonation
,	Mittel steigende Intonation
–	Gleichbleibende Intonation
;	Mittel fallende Intonation
.	Tief fallende Intonation
(unverst.)	Unverständliche Passage

## Literatur

- Schmid Mast M, Kindlimann A, Hornung R. Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. *Praxis*. 2004;93:1183–8. <https://doi.org/10.1024/0369-8394.93.29.1183>.
- Weißflog G, Ernst J, Szkoda A, Berger S, Stuhr C, Herschbach P, et al. Patientenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge – Differentielle Befunde zur Geschlechtsspezifität in Arzt-Patient-Dyaden. *Gesundheitswesen*. 2014;76:306–11. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347257>.
- Arora NK, Weaver KE, Clayman ML, Oakley-Girvan I, Potosky AL. Physicians' decision-making style and psychosocial outcomes among cancer survivors. *Patient Educ Couns*. 2009;77:404–214. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.004>.
- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001;52:609–20. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00164-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00164-7).
- Ehlich K, Koerfer A, Redder A, Weingarten R, Hrsg. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Wiesbaden: VS; 1990.
- Löning P, Rehbein J, Hrsg. Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. Berlin New York: De Gruyter; 2011. <https://doi.org/10.1515/9783110880359>.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxf Univ Press; 2009.
- Lalouschek J. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner G, Fiehler R, Kindt W, Hrsg. Angewandte Diskursforschung. Bd. 1. Radolfzell: Verl für Gesprforsch; 2002. S. 155–74.
- Spranz-Fogasy T. Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T, Hrsg. Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr; 2010. S. 27–116.
- Spranz-Fogasy T, Busch A. Beschwerdenexploration und Diagnoseermittlung im ärztlichen Erstgespräch. In: Busch A, Spranz-Fogasy T, Hrsg. Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin Boston: De Gruyter; 2015. S. 93–115.
- Köhle K, Begemann-Deppe M. Das Gespräch während der ärztlichen Visite: Empirische Untersuchungen. München Wien: Urban & Schwarzenberg; 1982.
- Holtel M, Weber H. Kommunikation: So gelingt die Visite. *Dtsch Arztebl*. 2019;116:A40–A1.
- Weber H, Dröge D, Heun S, Holtel M, Pilz S, Stapenhorst K, Tatzel C, Scharnojan I. Arbeitshilfe Bessere Kommunikation 4. Kommunikation bei der Visite, 2., überarb. Aufl. GQM/AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement. 2019. [www.gqmg.de/Dokumente/ag\\_komm\\_qm\\_rm/Arbeitshilfe\\_bessere\\_Kommunikation\\_04\\_Kommunikation\\_bei\\_der\\_Visite\\_20\\_10\\_2019.pdf](http://www.gqmg.de/Dokumente/ag_komm_qm_rm/Arbeitshilfe_bessere_Kommunikation_04_Kommunikation_bei_der_Visite_20_10_2019.pdf). Zugegriffen: 23. März 2021.
- Beckmann HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;100:692–6. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>.
- Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007.
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*. 2000;320:1246–50. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1246>.
- Langewitz W, Weber H. Basler Visitenstandard – Chance für eine gelingende Interaktionstriade Patient-Arzt-Pflegefachperson. *Psychother Psych Med*. 2011;61:193–5. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1266079>.
- Fischer MR, Wölfel T, Schmidmaier R. Schnittstelle Visite. *Dtsch Med Wochenschr*. 2016;141(1):28–31. <https://doi.org/10.1055/s-0041-108830>.
- Lalouschek J. Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: Menz F, Hrsg. Migration und medizinische Kommunikation. Göttingen: V&R Unipress; 2013. S. 354–434.
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wossmer B. Improving communication skills—a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998;60:268–76.
- Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expect*. 2015;18:542–61. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>.
- Grüniger UJ. Gesprächsführung und Beratung: Lernen und Lehren in der Sprechstunde. In: Allhoff PG, Leidel J, Ollenschläger G, Voigt H-P, Hrsg. Präventivmedizin. 4. Aufl. Springer Loseblatt Systeme. 1996. S. 1–4325.
- Sator M, Güllich E. Thematisierungen der triadischen Kommunikation und Patientenbeteiligung im weiteren Gesprächsverlauf. In: Menz F, De Cillia R, Gruber H, Hrsg. Migration und medizinische Kommunikation. Göttingen: V&R Unipress; 2013. S. 162–8.
- Eberlein E, Reifegerste D, Link E. Triadische Kommunikation in medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung am Beispiel der Einbeziehung von Angehörigen von Depressionspatienten. In: Lampert C, Grimm M, Hrsg. Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld. Baden-Baden: Nomos; 2017. S. 237–48. <https://doi.org/10.5771/9783845285290>.
- Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Bergmann P, Birkner K, et al. A system for transcribing talk-in-interaction: GAT 2 translated and adapted for English by Elizabeth Couper-Kuhlen and Dagmar Barth-Weingarten. *Gesprforsch Online Z Verbal Interakt*. 2011;12:1–51. [www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf](http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/px-gat2.pdf).
- Deppermann A. Gespräche analysieren: Eine Einführung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS; 2008.
- Gafaranga J, Britten N. "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. *Fam Pract*. 2003;20:242–7. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm303>.
- Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2014;94:291–309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>.
- Yen PH, Leasure AR. Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Fed Pract*. 2019;36:284–9.

**Hinweis des Verlags** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.