

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Innere Medizin
III. Medizinische Klinik und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. med. Tobias B. Huber

Der 3D-Synopsizer – Ein Instrument zur holistischen Patientenbetrachtung

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Mareike Reincke
aus Hamburg

Hamburg 2019

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 02.05.2019

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Sigrid Harendza

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Yskert von Kodolitsch

~~**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:**~~

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung	6
1.1.1	Allgemeine Kommunikationsgrundlagen	6
1.1.2	Arzt-Patienten-Beziehung und medizinische Entscheidungsfindung	6
1.1.3	Das biopsychosoziale Modell	7
1.1.4	Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien	8
1.2	Der 3D-Synopsizer als Instrument zur holistischen Arzt-Patienten-Kommunikation 8	
1.2.1	Theorie des 3D-Synopsizers	8
1.2.2	Anwendungsweise des 3D-S in der Arzt-Patienten-Kommunikation	10
1.2.3	Nutzungsmöglichkeiten des 3D-S in der studentischen Ausbildung	11
2	Arbeitshypothese und Fragestellung	13
3	Material und Methoden	14
3.1	Entwicklung des Konzeptes	14
3.2	Entwicklung der Patientenfälle	14
3.2.1	Entwicklung der Patientencharaktere.....	14
3.2.2	Entwicklung der Krankheitsbilder und Rollen	16
3.3	Die Patientengeschichten	16
3.3.1	Patientin 1 (Vorhofflimmern)	16
3.3.2	Patient 2 (Vorhofflimmern)	18
3.3.3	Patientin 3 (chronische Niereninsuffizienz)	18
3.3.4	Patient 4 (chronische Niereninsuffizienz).....	19
3.4	Ärzte und Ärztinnen	19
3.5	Schauspieler und Schauspielerinnen	20
3.6	Filmaufnahmen	20
3.6.1	Drehort und Bühnenbild/ Requisite.....	20
3.6.2	Ablauf	21
3.7	Auswertung der Filme	22
3.7.1	Allgemeine Auswertung	22
3.7.2	Transkription mit EXMARaLDA	23
3.7.3	Auswertung der nonverbalen Kommunikation	24
3.7.4	Auswertung des verbalen Ausdrucks	26
4	Ergebnisse	27
4.1	Betrachtung der einzelnen Szenen	27
4.1.1	Szene 1	27
4.1.2	Szene 2	28

4.1.3	Szene 3	29
4.1.4	Szene 4	31
4.1.5	Szene 5	32
4.1.6	Szene 6	33
4.1.7	Szene 7	34
4.1.8	Szene 8	35
4.2	Betrachtung der einzelnen Ärzte und Ärztinnen	36
4.2.1	Arzt 1	36
4.2.2	Arzt 4	37
4.2.3	Ärztin 2	38
4.2.4	Ärztin 3	38
4.3	Vergleich fachnahes Arztgespräch und fachfernes Arztgespräch	39
4.4	Vergleich zwischen Ärzten und Ärztinnen.....	40
4.5	Thematisierung der Konflikte in den Szenen	42
5	Diskussion	44
5.1	Körpersprache und verbale Aussagen	44
5.2	Betrachtung der Therapievorschläge im Kontext der Leitlinie.....	46
5.2.1	Vorhofflimmern-Fälle	46
5.2.2	Niereninsuffizienz-Fälle	47
5.3	Unterschiede zwischen Männern und Frauen.....	49
5.4	Erkenntnisse für den möglichen Einsatz des 3D-S in der Weiterentwicklung von Kommunikationstrainings	50
5.5	Limitation und Stärken der Studie.....	53
6	Zusammenfassung.....	55
7	Summary	56
8	Abkürzungsverzeichnis	57
9	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	58
10	Literaturverzeichnis	59
11	Anhang	65
12	Danksagung	109
13	Lebenslauf	110
14	Eidesstattliche Erklahrung	111

1 Einleitung

Mit schwieriger Entscheidungsfindung sind Ärzte und Ärztinnen täglich im klinischen Alltag konfrontiert. Die Ausprägung und Auswirkungen unterscheiden sich dabei stark und bringen ethische Herausforderungen auf ärztlicher Seite, aber auch auf Seite der Patienten und Patientinnen mit sich. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung ist die Grundlage für die partizipative Entscheidungsfindung in solchen Situationen. Die Compliance der Patienten zur gefundenen Therapie ist von vielen Faktoren abhängig. Zum einen von u. a. Charakter, Situation und Umfeld der Personen, aber auch von der Arzt-Patienten-Beziehung (Sabaté 2003).

Auch in der Populärkultur taucht das Thema ethische Entscheidungsfindung in der Medizin häufig auf, sei es in Fernsehserien (z. B. „House, M.D.“, „Grey’s Anatomy“ oder „In aller Freundschaft“) und Filmen (z. B. „The Doctor“, „Patch Adams“ oder „Dr. Zhivago“) oder auch im, von vielen Ärzten als „Klassiker“ bezeichneten, Buch „House of God“. In diesem wird der Berufsbeginn eines jungen Arztes (Resident) in den Vereinigten Staaten von Amerika beschrieben (Shem 1979), der nicht nur mit schwierigen medizinischen Entscheidungen, sondern auch mit deren Passung zur Lebenssituation und Persönlichkeit der Patienten und Patientinnen konfrontiert ist, was häufig nur wenig gelingt in einem System, in dem ärztliche Vorbilder (Vorgesetzte) mit unprofessionellem und die persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten wenig einbeziehenden Verhalten dargestellt werden (Brody 2011). Auch die Arzt-Patienten-Beziehungen in medizinischen TV-Dramaserien berücksichtigen die Wünsche der Patientinnen und Patienten in den medizinischen Entscheidungen oft wenig (Bittner et al. 2013) und die Erwartungshaltung der Patienten und Patientinnen kann durch den Konsum solcher Serien beeinflusst werden (Witzel et al. 2018).

Die Themen Arzt-Patienten-Beziehung und Arzt-Patienten-Kommunikation sowie das Prinzip des „shared decision making“ sind seit vielen Jahren in der Lehre der medizinischen Soziologie verankert (Swart et al. 1998). Zudem wird den Studierenden von Vertretern anderer Fachdisziplinen empfohlen, das biopsychosoziale Modell bei der theoretischen und praktischen Bearbeitung von Patientenfällen zugrunde zu legen (z. B. Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2018). In einem Leitfaden zur Etablierung einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation wird u. a. auch die Fähigkeit genannt den Patienten oder die Patientin als ganze Person zu sehen, wobei eine konkrete Anleitung, wie dieses spezifische Lernziel erreicht werden kann, fehlt (King & Hoppe 2003).

1.1 Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung

1.1.1 Allgemeine Kommunikationsgrundlagen

Es wird angenommen, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation den gleichen Kommunikationsprinzipien folgt wie jede andere Kommunikation (Faller & Lang 2016). Man unterscheidet zwischen verbaler, paraverbaler und nonverbaler Kommunikation (Faller & Lang 2016, Argyle 2013). Unter verbaler Kommunikation versteht man die verbalen Aussagen und deren Inhalt, unter paraverbaler Kommunikation die stimmlichen Elemente, die während der verbalen Kommunikation genutzt werden. Die nonverbale Kommunikation hingegen umfasst die Elemente der Körpersprache wie Mimik und Gestik (Faller & Lang 2016, Argyle 2013). In Situationen, in denen sich Menschen gestresst fühlen, wird die Körpersprache häufig unbewusst verwendet und ist stärker von Instinkten gesteuert (Sollmann 2016).

In medizinischen Lehrbüchern werden die Kommunikationsprinzipien von Watzlawick und Schultz von Thun als Grundlage angesehen (Faller & Lang 2016, Kochen 2017). In den Kommunikationsprinzipien von Schultz von Thun werden vier Seiten einer Nachricht angenommen: die Sachebene, die Selbstoffenbarungsebene, die Beziehungsebene und die Appellebene (Schultz von Thun 2013). Ebenso beschreibt Schultz von Thun den vierohrigen Empfänger. Die besondere Benutzung eines der vier „Ohren“ verleiht der Nachricht beim Empfänger völlig unterschiedliche Akzente. So können z. B. Selbstoffenbarungsangst und Selbstdarstellung sowie Selbstverbergung zu Missverständnissen in der zwischenmenschlichen Kommunikation führen (Schultz von Thun 2013).

1.1.2 Arzt-Patienten-Beziehung und medizinische Entscheidungsfindung

Als Grundsteine der Arzt-Patienten-Kommunikation werden Empathie, Echtheit/Kongruenz und Transparenz für die erfolgreiche Gesprächsführung beschrieben (Faller & Lang 2016, Kochen 2017). Auch das aktive Zuhören kann als Hilfsmittel in der Kommunikation genutzt werden (Schultz von Thun 2013). Hierunter versteht man das Einsetzen von nonverbaler, paraverbaler sowie verbaler Kommunikation von ärztlicher Seite, die dem Patienten oder der Patientin das Zuhören signalisieren. Nicken, Blickkontakt und Formulierungen wie „aha“, „verstehe“ oder „okay“ könnten als Beispiele genannt werden. Diese Fähigkeiten können während des Studiums in Kommunikationstrainings erlernt und geübt werden (Faller & Lang 2016).

Wesentliche Elemente der Arzt-Patienten-Kommunikation sind klar definiert und bilden sich in Lernzielen medizinischer Curricula ab, für deren Vermittlung Lehrende mit hoher kommunikativer Kompetenz benötigt werden (Langewitz 2012). Zudem sollte die gesellschaftliche Entwicklung immer im Blick behalten werden und z. B. im Rahmen der Migrationsbewegungen auch die Vermittlung interkultureller Aspekte in die Ausbildung einfließen (Pluntke 2017). Neben speziellen

Trainings ist das Lernen von Vorbildern in der Medizin weit verbreitet (Wright et al. 1998). Als Verhaltensweisen von exzellenten Vorbildern wurden von Studierenden u. a. auch der Fokus auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die psychosozialen Aspekte von Patientengeschichten benannt (Wright et al. 1998).

In der Arzt-Patienten-Beziehung werden in medizinischen Lehrbüchern mehrere Modelle unterschieden (Faller & Lang 2016, Kochen 2017). Als ideales Modell wird die partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung empfohlen (Faller & Lang 2016, Kochen 2017). Hierbei diskutieren Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin gemeinsam die Therapie und ihre Ziele. Als ideale Form der Entscheidungsfindung wird dabei die partizipative Entscheidungsfindung („shared-decision-making“) angesehen (Faller & Lang 2016, Kochen 2017). Hierbei werden die Entscheidungen von Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin gemeinsam gefällt, was beispielsweise von einem Großteil der Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung als gut angesehen wird (Siegel et al. 2016). Jedoch gab es auch einen kleineren Teil der Patienten und Patientinnen, die nicht daran interessiert waren, mehr über ihre Erkrankung zu erfahren oder mehr Entscheidungsmöglichkeiten über ihre Therapie zu erhalten (Siegel et al. 2016). Es wird daher empfohlen, die Patienten und Patientinnen nach ihrem Willen zur Mitwirkung in der Entscheidungsfindung zu befragen um sie weder zu über- noch zu unterfordern (Faller & Lang 2016, Kochen 2017).

1.1.3 Das biopsychosoziale Modell

Eine weitere Grundlage in der Arzt-Patienten-Beziehung ist die Betrachtung und Behandlung von Patienten und Patientinnen im Kontext des von George L. Engel in den 1970er Jahren entwickelten biopsychosozialen Modells (Zaudig & Trautmann 2006). Mit dem wissenschaftlich-theoretischen Modell sollte ein konzeptionelles Rahmenwerk geboten werden, das den rein biomedizinischen Ansatz rational um psychosoziale Faktoren erweitert, um den Menschen als Ganzes zu betrachten (Engel 1980). Die Zitate von Engels Originalarbeiten haben in den letzten 10 Jahren zugenommen, was vermuten lässt, dass mit der verbreiteten Anwendung der evidenzbasierten Medizin das Risiko wächst, dass Patienten und Patientinnen ohne die Betrachtung ihrer biopsychosozialen Faktoren eine für sie unpassende Therapie erhalten (Fava & Sonino 2017). Durch die flächendeckende Nutzung des biopsychosozialen Modells kann eine holistische, patientenzentrierte Behandlung erfolgen, welche die Chance hat eine höhere Patientenzufriedenheit zu erzielen. Somit könnten auch Ressourcen für ungewollte Maßnahmen eingespart und Folgekosten, welche aufgrund von Unzufriedenheit mit einer Therapie entstehen, gesenkt werden (Wade & Halligan 2017). Zudem könnte durch die gleichgewichtete Betrachtung von Körper, Seele und öko-sozialen Faktoren bei jeder Art von Krankheit die Bezeichnung „psychosomatische Erkrankung“ und die damit assoziierte Stigmatisierung obsolet werden (Internationale Gesellschaft für biopsychosoziale Medizin 2010).

1.1.4 Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien

Unter evidenzbasierter Medizin versteht man medizinische Diagnostik und Therapie, deren Nutzen sich auf Studien gründet, in denen die Wirksamkeit überprüft und belegt wurde. Dabei haben Metaanalysen über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien die höchste Evidenzstufe (Ollenschläger et al. 2000). Auf der Basis medizinischer Evidenz und unter Berücksichtigung von weiteren Faktoren wie z. B. Wirtschaftlichkeit einer Maßnahme, werden Leitlinien von den nationalen und internationalen medizinischen Fachgesellschaften erstellt und veröffentlicht. In Deutschland stellt z. B. die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) diese Leitlinien auf ihrer Internetseite zur freien Verfügung (AWMF online 2018). Die Leitlinien sollen Ärzten und Ärztinnen die medizinischen Empfehlungen und deren Evidenzgrad nahebringen. Sie müssen jedoch nicht zwingend befolgt werden und unter Begründung kann von ihnen abgewichen werden. Die Leitlinien werden unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage überarbeitet und es obliegt der Verantwortung der Ärzte und Ärztinnen, sich über die Neuerungen zu informieren.

1.2 Der 3D-Synopsizer als Instrument zur holistischen Arzt-Patienten-Kommunikation

1.2.1 Theorie des 3D-Synopsizers

Bei dem von Professor Yskert von Kodolitsch entwickelten 3D-Synopsizer (3D-S) handelt es sich um ein Instrument zur ganzheitlichen Patientenbetrachtung und -kommunikation (persönliche Kommunikation, Manuskript in Vorbereitung), das auf dem Werk „The art of dramatic writing: its basis in the creative interpretation of human motives“ von Lajos Egri beruht (Egri 2004), der darin eine Anleitung für die Konzeption von Charakteren für Theater- und Filmrollen gibt. Er beschreibt, wie Charaktere und Handlungen konzipiert werden müssen, um wirkliche Spannung zu erzeugen (Egri 2004). Ein Charakter besteht immer aus drei Dimensionen (3D): Physiologie, Soziologie und Psychologie (PSP) (Abbildung 1). In der Dimension der Physiologie sind u. a. leicht messbare Merkmale wie Alter, Geschlecht, Gewicht, aber auch Merkmale wie Gepflegtheit und Haltung zu finden. Die Dimension Soziologie beinhaltet beispielsweise die sozio-ökonomische Schicht, das familiäre Umfeld, politische Interessen, Religion oder Hobbies. Eigenschaften, Moralität, Sexualität, Komplexe oder Temperament sind Beispiele für Merkmale der Dimension Psychologie (Egri 2004). Aus diesen Charakteren ergibt sich in der Konzeption von Theaterstücken die Handlung. Ein 3D-Charakter zeichnet sich immer durch Meinungen, Überzeugungen und vor allem irgendeine Art von Ambitionen aus (Egri 2004). Im Theaterstück steht der 3D-Charakter meistens an einem Wendepunkt in seinem Leben, wobei durch den sich damit bereits anbahnenden Konflikt („Point of attack“, POA) Spannung erzeugt wird. Das beste Mittel, um den Charakter in allen drei Dimensionen zu exponieren, ist die Form des Dialogs (von Kodolitsch et al. 2015). Durch ein

weiteres Zuspitzen des Konfliktes und Exponieren des Charakters kommt es dann zur Krise, in der die Situation unentschieden ist und es verschiedene Möglichkeiten des Ausgangs gibt, so dass die Auflösung des Konfliktes unterschiedlich gestaltet werden kann.

Da auch in der Medizin Charaktere von Patienten und Patientinnen eine entscheidende Rolle für den Erfolg bzw. Misserfolg einer Behandlungsplanung sowie für deren Umsetzung und Erfolg spielen, überträgt von Kodolitsch Egris Prinzipien des dramatischen Schreibens auf die medizinische Patientenbetrachtung. Der 3D-S ist damit ein Instrument, welches es ermöglichen soll, systematisch die biopsychosozialen Eigenschaften (bei Egri PSP-Faktoren) eines Patienten zu erfassen und den Charakter im komplexen Umfeld mit einer Krankheit und deren Behandlung im Entscheidungsprozess einzubeziehen (von Kodolitsch, persönliche Kommunikation). Krankheit und Diagnose werden in dieser Betrachtungsweise zum Konflikt im Leben eines 3D-Charakters. Die Therapie wird Teil der Auflösung dieses Konfliktes oder kann diesen zunächst verstärken, wenn die Therapiemöglichkeiten mit einem oder mehreren 3D-Anteilen des Charakters in Konflikt stehen. Im Gegensatz zu bestehenden Modellen und Theorien gibt der 3D-S den Nutzern und Nutzerinnen die Möglichkeit einer einfach zu verstehenden holistischen Anwendung durch die Formulierung einer Synopse bestehend aus CCR: character, conflict and resolution (Charakter, Konflikt und Lösung). Mithilfe des 3D-S könnte dem Behandler oder der Behandlerin ermöglicht werden, die PSP-Faktoren systematisch zu erfassen und so ein 3D-Bild des Patienten oder der Patientin für einen, an die Persönlichkeit angepassten, Therapieplan zu extrahieren.

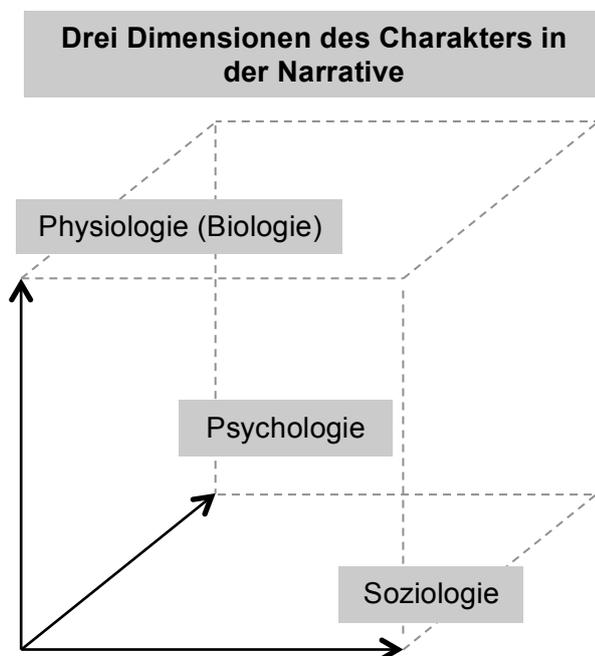


Abbildung 1: Die drei Dimensionen des Charakters in der Narrative (nach von Kodolitsch)

1.2.2 Anwendungsweise des 3D-S in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Als erster Schritt wird die Anamnese eines Patienten oder einer Patientin erhoben. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass für den Anwender oder die Anwenderin unter Umständen auch ergänzende Informationen, v. a. im psychosozialen Bereich, wichtig sind, welche beispielsweise auf vorgefertigten Anamnesebögen auftauchen. Um den vollständigen Charakter in seinem komplexen persönlichen Umfeld zu verstehen, sollten auch die PSP-Faktoren erfragt bzw. beachtet werden. Daraus lässt sich im zweiten Schritt dann der 3D-Charakter erkennen und ein möglicher Konflikt, den der Charakter mit einer Therapie haben könnte, identifizieren. Somit kann eine an den 3D-Charakter angepasste Lösung entwickelt werden, wenn durch die vom Arzt oder von der Ärztin vorgeschlagene, evidenzbasierte Therapie der „Point of attack“ (POA) entsteht. Häufig ist der POA der Startpunkt für die ärztliche Konsultation und mit der CCR-Betrachtung kann dann eine vollständige Synopse erstellt werden, um zu einer Konfliktlösung zu kommen.

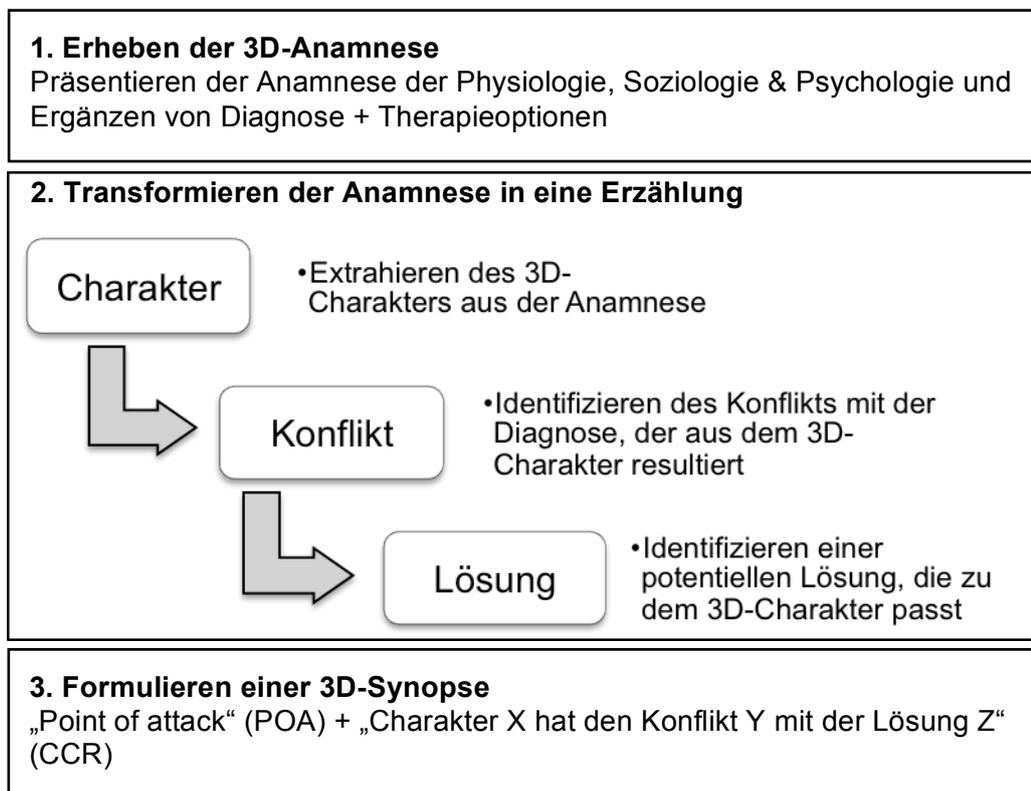


Abbildung 2: Darstellung des 3D-S im Offline-Modus (Abbildung überlassen von von Kodolitsch)

Der 3D-S kann in zwei verschiedenen Anwendungen genutzt werden. Im sogenannten Offline-Modus (Abbildung 2) wird der 3D-Charakter aus einem Bericht erhoben. Dieser kann unterschiedliche Formen haben wie z. B. ein Papierfall, ein Arztbericht oder auch eine Filmaufnahme. Im sogenannten Online-Modus (Abbildung 3) wird die Anamnese durch den Behandler oder die Behandlerin erhoben und im Dialog mit dem Patienten oder der Patientin noch weiter über das

CCR-Spannungsfeld reflektiert. Aus den gewonnenen Informationen kann danach die 3D-Synopse formuliert werden. Ärzte und Ärztinnen führen im Alltag Gespräche mit Patientinnen und Patienten, sind aber auch mit schriftlichen oder mündlichen Berichten über Patienten und Patientinnen konfrontiert, so dass sie sowohl den Online- als auch den Offline-Modus nutzen können, um die 3D-Synopse zu extrahieren.

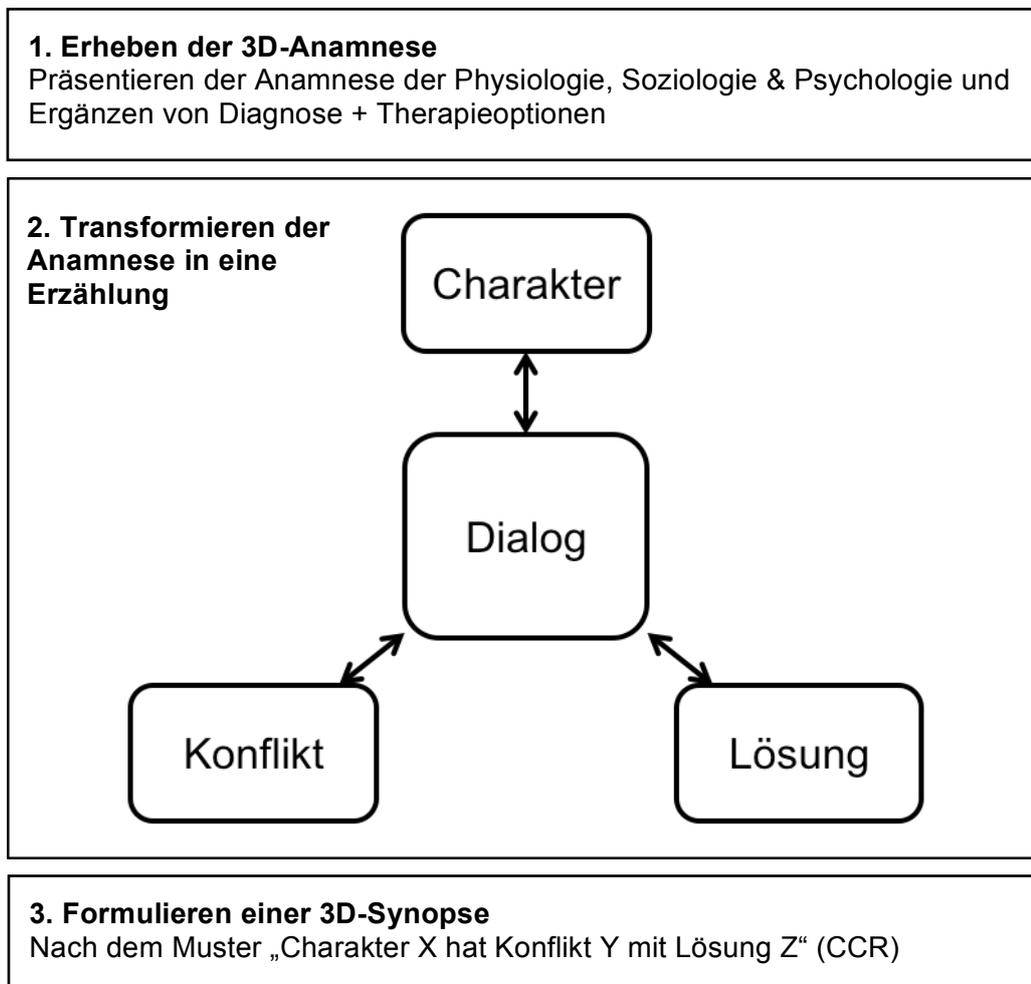


Abbildung 3: Darstellung des 3D-S im Online-Modus (Abbildung überlassen von von Kodolitsch)

1.2.3 Nutzungsmöglichkeiten des 3D-S in der studentischen Ausbildung

In einer Zeit, in der sich Patienten und Patientinnen umfassend im Internet über Erkrankungen und Therapiemöglichkeiten informieren können, bleibt trotzdem der Arzt oder die Ärztin die Hauptinformationsquelle für Patienten und Patientinnen (Harvey et al. 2017). In diesem Kontext ist es umso wichtiger, dass Studierende lernen, Patienten und Patientinnen kompetent zu ihren Therapiemöglichkeiten und deren Alternativen zu beraten und im Rahmen des „shared decision making“ die geeignete Therapie zu finden. Viele Kommunikationstrainings legen mit dem Erlernen kommunikativer Fähigkeiten die Grundlage dafür (Maguire & Pitceathly 2003, Langewitz 2012). Mithilfe des 3D-S könnten Studierende zusätzlich für das Thema der ganzheitlichen Be-

handlung sensibilisiert werden. Der 3D-S ist im Studierendenunterricht sowohl im Online-Modus z. B. für Rollenspiele mit Simulationspatienten und -patientinnen einsetzbar als auch im Offline-Modus für die Arbeit mit z. B. Papierfällen oder Lehrfilmen. Somit könnte ein Instrument eingeführt werden, das den Studierenden ermöglichen könnte, das praktische Anwenden des wissenschaftlich-theoretischen biopsychosozialen Modells zunächst zu üben und dann im Alltag anzuwenden. Gleichzeitig könnten Leitlinien und verschiedene Therapiemöglichkeiten sowie deren Anpassung auf die persönliche Situation der Patienten und Patientinnen in diesem Rahmen erlernt bzw. wiederholt und diskutiert werden. Das Lernen am 3D-Patientenfall könnte auch Fachdisziplinen wie beispielsweise Ethik und die ethische Entscheidungsfindung, in denen der Studierendenunterricht häufig theoretisch geprägt ist (Schildmann et al. 2017), in klinische Fächer integrieren und so einen hohen Lerneffekt bieten (Mills & Bryden 2010). Das Vergleichen und Besprechen der verschiedenen erstellten 3D-Synopsen könnte zudem Möglichkeit zur Reflexion über unterschiedliche Sichtweisen und verschiedene Fokussierungen geben.

2 Arbeitshypothese und Fragestellung

In der medizinischen Ausbildung ist das Lernen am konkreten Patientenfall ein wichtiger Bestandteil. Gleichzeitig soll bei der Bearbeitung das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde gelegt werden. Bereits in den ersten Semestern wird den Studierenden das Prinzip des „Shared decision making“ nahegelegt. Der 3D-Synopsizer wurde als Instrument zur holistischen Patientenbetrachtung entwickelt und könnte Studierenden eine einfache und praktische Herangehensweise an das Thema bieten. Zum Einsatz im Unterricht könnten Lehrfilme mit Patientenfällen dienen, die nach dem 3D-Prinzip konzipiert sind, d. h. in denen ein Patientencharakter immer durch physiologische, soziologische und psychologische Merkmale gekennzeichnet ist. Daraus ergibt sich die entscheidende Bedeutung von Charakter, Konflikt und Lösung. Mit Hilfe solcher Filme könnte untersucht und diskutiert werden, wie verschiedene Ärzte sich in solchen Situationen verhalten und dass bei holistischer Betrachtungsweise ärztliche Entscheidungen durchaus konträr zu leitliniengerechtem Verhalten sein können.

Folgende Fragestellungen sollen in dieser Arbeit geklärt werden:

1. Welches Verhalten zeigen Ärzte und Ärztinnen in der Interaktion mit Schauspielpatientinnen und -patienten, deren Geschichten nach dem 3D-Konzept entworfen wurden?
2. Welche und wie viele nonverbale Kommunikationselemente sind während der Sequenzen, in denen sich das Gespräch um Charakter, Konflikt und Lösung dreht, zu beobachten?
3. Welcher verbale Ausdruck zeigt sich von ärztlicher Seite und von Seite der Schauspielpatientinnen und -patienten in den Sequenzen, in denen das Gespräch Charakter, Konflikt und Lösung berührt?
4. Zeigen sich Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen?

3 Material und Methoden

3.1 Entwicklung des Konzeptes

Um Behandlungsentscheidungen mit Studierenden üben zu können, wurden Filme von Arzt-Patienten-Gesprächen für den Unterricht gedreht, anhand derer ärztliches Verhalten in schwierigen Gesprächssituationen analysiert und diskutiert werden kann. Die Charaktere der Patientinnen und Patienten wurden nach dem Konzept des 3D-Synopsizers (3D-S) entwickelt (von Kodolitsch, persönliche Kommunikation), um schwierige klinische Entscheidungsfindungen zu simulieren, bei denen der Patient bzw. die Patientin holistisch betrachtet wird. Der 3D-S beruht auf dem Werk von Lajos Egri (Egri 2004), in dem eine Anleitung der Prinzipien des dramatischen Schreibens für die Konzeption von Personen für Filmrollen entwickelt wird. Diese sollen immer in Bezug auf ihre Physiologie, Soziologie und Psychologie (PSP) dargestellt werden, um wirkliche Spannung zu erzeugen. Um eine Erzählung einer Person zu entwickeln, soll, laut Egri (Egri 2004), der Fokus auf drei Aspekten liegen: dem Charakter, dem Konflikt und der Lösung. Der 3D-S ist ein Instrument, welches es ermöglichen soll, systematisch die biopsychosozialen Faktoren zu erfassen und so den Patienten oder die Patientin mit seinem bzw. ihrem Charakter in einem komplexen Umfeld in Bezug auf seine oder ihre Krankheit und deren Behandlung zu analysieren (von Kodolitsch, persönliche Kommunikation). Die nach dem 3D-S Konzept entwickelten Charaktere sollten in den Filmen dazu genutzt werden, um einen Konflikt mit der leitliniengerechten Therapie zu provozieren. Das ärztliche Verhalten, das in den Situationen, in denen der Charakter der Patientinnen und Patienten einen Konflikt mit der leitliniengerechten Therapie hervorruft, sollte anschließend analysiert werden um zu überprüfen, inwieweit diese Filme im Unterricht zum Erlernen von Entscheidungsfindungen in schwierigen klinischen Situationen eingesetzt werden können. Es wurden vier Patientenfälle konstruiert und Filmaufnahmen mit vier verschiedenen Ärzten und Ärztinnen geplant.

3.2 Entwicklung der Patientenfälle

Zur Entwicklung der Patientenfälle wurden zunächst die Patientencharaktere bestehend aus Aspekten der Physiologie, Psychologie und Soziologie entwickelt. Im nächsten Schritt wurden Krankheitsbilder identifiziert, die sich zur Entwicklung eines Konfliktes eignen. Daraus wurden anschließend die Rollen konzipiert.

3.2.1 Entwicklung der Patientencharaktere

Zur Erstellung der Patientencharaktere wurde zunächst eine Tabelle mit unterschiedlichen Eigenschaften erstellt. Hierfür wurden zu den drei Dimensionen des Charakters, Physiologie, Psychologie und Soziologie, verschiedene Items identifiziert und zusammengestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Beispiele für Eigenschaften des 3D-Charakters

Physiologie	Soziologie	Psychologie
<p><i>Körperbau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ athletisch/ durchtrainiert ◆ sehr schlank ◆ magersüchtig ◆ übergewichtig ◆ adipös ◆ groß ◆ klein ◆ Deformitäten ◆ Fehlbildungen ◆ amputierte Gliedmaßen <p><i>Haut</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ gepflegtes Äußeres ◆ Ödem ◆ Altersflecken ◆ Pigmentstörungen ◆ blass ◆ Hautausschlag ◆ dunkle Hautfarbe ◆ helle Hautfarbe ◆ auffällige Leberflecken ◆ Hämatome ◆ Sommersprossen ◆ Krampfadern <p><i>Haare</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ blonde Haare ◆ braune Haare ◆ rote Haare ◆ schwarze Haare ◆ Glatze ◆ starke Körperbehaarung ◆ Haarausfall <p><i>Gesamterscheinung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ungepflegt ◆ gepflegtes Äußeres ◆ jung ◆ alt ◆ Hemiparese/ Paresen ◆ Zahnersatz ◆ keine Zähne ◆ Medikamentenallergie ◆ Sturzneigung/ Gehhilfe ◆ Blindheit ◆ Brille/Sehschwäche ◆ Taubheit/Schwerhörigkeit ◆ starker Schweißgeruch ◆ Demenz 	<p><i>Familie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Großfamilie ◆ vereinsamt ◆ Entfremdet von der Familie ◆ starker Fokus auf Partner ◆ von Eltern bestimmt ◆ verheiratet ◆ ledig ◆ Kinder ◆ Kinderlosigkeit <p><i>Arbeit und Ausbildung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ arbeitslos ◆ hohe Position im Management ◆ kein Schulabschluss ◆ Nach Deutschland immigriert ◆ ungenügende Sprachkenntnisse ◆ Künstlerleben ◆ Freiberuflich ◆ Leben im Schichtdienst ◆ verarmt <p><i>Wohnsituation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Verwahrlosung ◆ Asylantenheim ◆ drohende Abschiebung ◆ im Pflegeheim ◆ Ruhestand im Ausland ◆ Obdachlosigkeit ◆ Leben auf dem Land <p><i>Freizeit und Gewohnheiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Religionsgemeinschaft ◆ Trommelgruppe ◆ drohende Abschiebung ◆ Haustier ◆ Camping-Urlaube ◆ Klettern <p><i>Gesundheitsverhalten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Drogensucht ◆ Alkohol-Abusus ◆ keine Krankenversicherung ◆ häufige Krankenhausaufenthalte ◆ „Ärzt hopping“ ◆ seltene Arztbesuche ◆ vegane Ernährung 	<p><i>Persönlichkeitsmerkmale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ zielstrebig ◆ ehrgeizig ◆ ängstlich ◆ abenteuerlustig ◆ risikofreudig ◆ freiheitsliebend ◆ intelligent ◆ intelligenzgemindert ◆ vergesslich ◆ lebensfroh ◆ optimistisch ◆ pessimistisch ◆ depressiv ◆ Stimmungsschwankungen ◆ eitel ◆ genießerisch ◆ humorvoll ◆ cholerisch ◆ zwangsgestört ◆ stressresistent ◆ nicht belastbar ◆ Schlechtes verdrängend ◆ Dinge herausschiebend ◆ gibt leicht auf ◆ unsicher <p><i>Im Sozialverhalten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ leicht zu überzeugen ◆ durchsetzungsfähig ◆ Angst vor Autoritätspersonen ◆ misstrauisch ◆ stur ◆ intolerant ◆ nörgelig ◆ dominant ◆ fremdenfeindlich ◆ manipulativ ◆ arrogant ◆ gerne alleine ◆ gesellschaftsliebend

Zur Etablierung eines Charakters konnten dann beliebige Eigenschaften aus jeder der drei Kategorien der Tabelle ausgewählt und miteinander kombiniert werden.

3.2.2 Entwicklung der Krankheitsbilder und Rollen

Als nächstes wurden verschiedene, häufige Krankheitsbilder für die Patientenfälle diskutiert. Wichtig bei der Auswahl der Krankheitsbilder war vor allem, dass es sich um häufige Erkrankungen handelt, zu denen es eine aktuelle evidenz-basierte Leitlinie gibt. Zusätzlich sollten die Krankheiten verschiedene Therapiemöglichkeiten bieten, um etwas Handlungsspielraum für die Ärzte und Ärztinnen zu behalten. Die Wahl fiel auf die Krankheitsbilder Vorhofflimmern und chronische Niereninsuffizienz. Es wurden zwei Patientenfälle zum Vorhofflimmern und zwei Patientenfälle zur chronischen Niereninsuffizienz für die Rollen weiter vorbereitet, jeweils eine weibliche und eine männliche. Hierzu wurden aus der Tabelle 1 jeweils eine Eigenschaft für Physiologie, Soziologie und Psychologie ausgewählt aus denen sich Konflikte für das jeweils vorgesehene Krankheitsbild entwickeln ließen. Aus diesen Eigenschaften wurde eine Rollenbiographie in einem Fließtext zusammengestellt. Dabei wurde das Alter der Patienten und Patientinnen genannt, sowie der Anlass der Beratung. Mehrere Charaktereigenschaften wurden beschrieben und die soziale Situation dargelegt. Auch der mögliche Konflikt wurde in der Rollenbiographie bereits genannt.

3.3 Die Patientengeschichten

Die verschiedenen Aspekte der Patientengeschichten sind in Tabelle 2 zusammengestellt. In dieser sieht man die beispielhafte Darstellung der 3D-Synopse für die verschiedenen Patientencharaktere. Für die 3D-Synopse gibt es verschiedene Möglichkeiten. Je nach Anwender oder Anwenderin des Synopsizers kann der Fokus etwas anders gelegt werden, auch immer abhängig von den in der Anamnese erfragten Themen und gesammelten Informationen. Im Folgenden sind die detaillierten Beschreibungen der vier entwickelten Patienten und Patientinnen ausformuliert.

3.3.1 Patientin 1 (Vorhofflimmern)

Diese Patientin, eine 53-jährige Frau, leidet seit kurzem unter einem intermittierenden Vorhofflimmern. Als Physiologie wurde ihr neben dem Vorhofflimmern, das der Vorstellungsgrund sein soll, noch die Problematik eines empfindlichen Magens zugeordnet, die seit ihrer Jugend besteht. In der Charakterdimension der Psychologie zeichnet sie sich unter anderem durch die Ansicht aus, dass künstliche Produkte der Gesundheit eher schaden. Ihrer Meinung nach kann man Stress und Krankheiten am besten mit Entspannungsübungen, Yoga und veganer Ernährung bekämpfen. Ein Arbeitsplatz im Teeladen zusammen mit dem Ehemann ergänzt die soziologische Umgebung.

Tabelle 2: Patienten aufgelistet nach PSP-Faktoren der 3D-S-Ansicht

	Physiologie	Soziologie	Psychologie
Patientin 1 Frau Vespa, 53 Jahre	Fit, intermittierendes Vorhofflimmern, normalgewichtig	Verheiratet, 9-jährige Tochter, führt mit dem Ehemann selbstständig ein Tee-Geschäft, muss allerdings die meiste Arbeit machen, zuletzt Stress in der Lieferkette, geht zur Heilpraktikerin und zum Yoga, lebt vegan, in ihrer Freizeit geht sie zur Trommelgruppe, macht Spaziergänge und backt und kocht gerne	Eigensinnig, Abneigung gegen künstliche Produkte, sieht v. a. Stress als Auslöser ihrer Erkrankung, verantwortungsbewusst
Patient 2 Herr Krämer (senior), 87 Jahre	Leidet unter Vorhofflimmern und zusätzlich unter einer Sturzneigung und beginnender Demenz	Lebt alleine seit dem Tod der Ehefrau vor 4 Jahren, Sohn ist nun gesetzlicher Betreuer, pflegt keine sozialen Kontakte mehr, sieht hauptsächlich fern, Einkäufe und kleine Dinge im Haushalt erledigt eine Nachbarin, arbeitete früher in einer Druckerei	Misstrauisch gegenüber Fremden und lehnt Hilfe durch sie ab, zurückgezogen, stur, möchte nicht mehr ins Krankenhaus
Patientin 3 Frau Stolte, 40 Jahre	Leidet unter einer präterminalen chronischen Niereninsuffizienz, die voraussichtlich in nächster Zeit dialysepflichtig wird, ansonsten körperlich fit und schlank	Glücklich verheiratet, keine Kinder, glücklich in ihrem Job, da sie dort große Wertschätzung erfährt, gute Beziehung zu Schwester und Eltern, genießt die täglichen Spaziergänge mit ihrem Hund	Gewissenhaft, ordentlich und genau, fleißig, engagiert, zuverlässig, ehrgeizig
Patient 4 Herr Peters, 45 Jahre	Fit, sportlich, chronische, bisher nicht bekannte Niereninsuffizienz mit zunehmender Leistungsminde- rung	Lebt alleine, arbeitet auf der Feuerwehrwache im Schichtdienst, Freundin seit einem Jahr, viele Probleme mit ihr wegen des Schichtdienstes, kocht gerne für sich und die Freundin, fährt gerne mit seinem Bruder und einem Freund in den Camping-Urlaub	Sozialkonform, tut gerne etwas Gutes für andere Menschen, kollegial, freiheitsliebend, selbstbestimmt, abenteuerlustig

Zudem haben die beiden eine 9-jährige Tochter, um die sich auch der Ehemann kümmert und mit der er nach der Schule viel Zeit im Teeladen verbringt. Da der Ehemann eher ein Träumer ist, bleibt der größte Teil der administrativen Arbeit im Laden an der Patientin hängen. Zurzeit hat sie viel Stress durch Schwierigkeiten in der Lieferkette, welchen sie als zusätzlichen auslösenden

Faktor ihrer Erkrankung ansieht. In ihrer Freizeit geht die Patientin gerne zur Trommelgruppe, macht Spaziergänge und backt und kocht gerne, besonders seitdem sie die vegane Ernährung für sich entdeckt hat. Für diese Patientin wurde der Konflikt entwickelt, dass sie keinesfalls eine nicht natürliche Behandlung wünscht. Dieses steht mit der Standardtherapie in Konflikt (Darius et al. 2012).

3.3.2 Patient 2 (Vorhofflimmern)

Als zweiter Patient mit der Krankheit Vorhofflimmern wurde ein 87-jähriger Herr ausgewählt. Dieser sollte in der Konsultation durch seinen Sohn vertreten werden (Angehörigengespräch), auch seinem Charakter entsprechend, da er zunehmend weniger das Haus verlässt. Als physiologische Eigenschaften zeigt der ältere Herr eine zunehmende Sturzneigung, so dass er in der Vergangenheit bereits mehrmals aufgrund von Platzwunden im Krankenhaus war. Zudem zeigt er Symptome einer beginnenden Demenz, eine Eigenschaft, die teilweise der Physiologie, aber auch der Psychologie zugeordnet werden kann. Deswegen ist auch der Sohn seit kurzer Zeit als gesetzlicher Betreuer eingesetzt. Einhergehend mit der zunehmenden Vergesslichkeit kommt auch immer mehr Misstrauen, vor allem gegenüber Fremden. Er lehnt Hilfe strikt ab und reagiert auch teilweise verärgert, wenn man ihm diese anbietet. Als zusätzliche soziologische Problematik wurde beigefügt, dass die Ehefrau vor vier Jahren gestorben war und der Patient seitdem alleine wohnt. Vor seiner Rente war der Patient in einer Druckerei angestellt gewesen. Soziale Kontakte werden seit dem Tod der Ehefrau kaum noch gepflegt. Viele Bekannte sind inzwischen verstorben oder leben im Seniorenheim. Der einzige Sohn kann aufgrund von beruflichen Verpflichtungen nur circa einmal in der Woche bei seinem Vater vorbeischaun. Hier wurde als Konflikt geplant, dass der Patient nach der Leitlinie (Darius et al. 2012) eine medikamentöse Antikoagulation erhalten müsste. Allerdings ist bei einem sturzgefährdeten Patienten das Risiko einer Blutungskomplikation erhöht und zudem kann bei diesem Patienten nicht sichergestellt werden, dass er seine Tabletten korrekt und regelmäßig einnimmt.

3.3.3 Patientin 3 (chronische Niereninsuffizienz)

Eine 40-jährige Frau wurde als Patientin erdacht, welche bereits seit 11 Jahren an einer chronischen Niereninsuffizienz leidet. Ihre Werte haben sich in letzter Zeit verschlechtert (Physiologie). Als psychologische Faktoren wurde sie ausgestattet mit Gewissenhaftigkeit und einem starken Ordnungssinn. Zudem ist sie sehr fleißig und auch ehrgeizig. Die Bestätigung auf der Arbeit durch Chef und Kollegen ist ihr sehr wichtig. Dort arbeitet sie als Buchhalterin in einer kleinen Firma. Sie hat einen hohen Informationsbedarf und ist stets engagiert mit Eigeninitiative die Krankheit aufzuhalten. Zudem zeigt sie im soziologischen Umfeld eine glückliche Ehe. Die Frau hat keine Kinder, jedoch lebt ein Hund mit dem Ehepaar im Reihenhaus. Die täglichen Spaziergänge genießt die Patientin sehr. Sie hat ein gutes Verhältnis sowohl zu ihren Eltern als auch zu ihrer Schwester. Für diese Patientengeschichte wurde als Konflikt erdacht, dass die Patientin auf

keinen Fall eine Dialyse möchte und somit meist zur Konsultation alternative Konzepte aus dem Internet mitbringt um diese mit dem Arzt oder der Ärztin zu besprechen. Nach der Leitlinie (KDIGO 2013) sollte die Patientin bezüglich einer Nierenersatztherapie und deren konkreter Planung beraten werden, da eine alleinige Behandlung mit entsprechender Ernährung und Medikamenten langfristig nicht mehr ausreichend sein wird.

3.3.4 Patient 4 (chronische Niereninsuffizienz)

Bei dem vierten Patienten wurde ein 45-jähriger Mann konzipiert, der sich mit einer Leistungsschwäche vorgestellt hatte. Bei den Untersuchungen stellte sich eine schon fortgeschrittene Niereninsuffizienz heraus, zu der er nun beraten werden muss. Als physiologische Merkmale erhielt der Patient die Attribute sportlich und fit, in letzter Zeit zeigte er allerdings auch häufig Abgeschlagenheit und Müdigkeit. In der Psychologie zeichnete er sich als kollegialer, lebensfroher, selbstbestimmter Abenteurer aus, der gutes Essen sehr zu schätzen weiß. Zudem tut er gerne Gutes für andere Menschen. Der Patient wurde als Feuerwehrmann im Schichtdienst mit hohem Sozialkonformismus gestaltet. Zudem lebt er in einer Beziehung, die in letzter Zeit häufig unter dem Schichtdienst leiden musste. In seiner Freizeit bekocht er gerne sich und seine Freundin und genießt die Camping-Urlaube mit seinem Bruder und einem Freund. Als Konflikt war hier die Unvereinbarkeit von regelmäßiger Medikamenteneinnahme und Ernährungsumstellung mit den teilweise unberechenbaren Arbeitsabläufen auf der Feuerwehrawache geplant. Die Lebensstiländerung, Ernährungsanpassung und regelmäßige Medikamenteneinnahme gelten als Grundpfeiler der Therapie einer chronischen Niereninsuffizienz (KDIGO 2013).

3.4 Ärzte und Ärztinnen

Insgesamt nahmen jeweils zwei ärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an den Filmaufnahmen teil, je zwei aus der Kardiologie (Allgemeine und Interventionelle Kardiologie) und aus der Nephrologie (III. Medizinische Klinik) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Hierbei handelte es sich um jeweils einen männlichen Facharzt aus jeder Abteilung und um jeweils eine in der ärztlichen Weiterbildung schon fortgeschrittene Ärztin aus jeder Abteilung. Alle hatten ihre freiwillige Teilnahme zugesagt und schriftlich bestätigt. Sie wurden darüber informiert, dass sie Therapiegespräche mit Schauspielpatienten und -patientinnen führen würden und dass es sich um ein Projekt der Ausbildungsforschung handelte. Ebenso wurden sie darüber informiert, dass das Filmmaterial ausgewertet und ggf. später im Unterricht verwendet werden sollte. Mit der weiteren Verwendung des Filmmaterials erklärten sie sich ebenfalls schriftlich einverstanden. Als Anerkennung für die Mitwirkung erhielten sie einen Buchgutschein in Höhe von 25 Euro.

Alle vier Ärzte und Ärztinnen erhielten bereits einige Tage vor Beginn der Filmaufnahmen jeweils einen Steckbrief über die Krankheitsbilder Vorhofflimmern und chronische Niereninsuffizienz mit

den Therapieoptionen für die jeweilige Krankheit per Email mit der Bitte zugeschickt, sich diese durchzulesen und sich mit den Behandlungen der beiden Krankheitsbilder vertraut zu machen. Dieses geschah mit dem Ziel, dass alle Ärzte und Ärztinnen die gleichen Informationen zur Verfügung hatten und eventuelle Ungleichheiten in den Kenntnissen zur Behandlung der beiden Krankheiten ausgeglichen wurden. Zudem wurden sie so noch einmal mit den aktuellen Leitlinien vertraut gemacht. Hierbei fanden die Leitlinien für das Management von Vorhofflimmern (Darius et al. 2012) und für das Management von chronischer Niereninsuffizienz (KDIGO 2013) Anwendung. Informationen über die Patientenrollen wurden den Ärzten und Ärztinnen im Voraus nicht mitgeteilt.

Die Filmaufnahmen wurden so geplant, dass jeder Arzt und jede Ärztin jeweils eine Konsultation mit einem Patienten/einer Patientin mit Vorhofflimmern und mit Niereninsuffizienz abhalten würde. Da jede Rolle jeweils von einem Schauspieler und einer Schauspielerin verkörpert wurde, führte jeder Arzt und jede Ärztin jeweils ein Gespräch einem Patienten und mit einer Patientin. Die Ärzte und Ärztinnen wurden zur Übersicht mit einer Nummer (1-4) versehen.

3.5 Schauspieler und Schauspielerinnen

Die Patienten und Patientinnen wurden durch einen Schauspieler und eine Schauspielerin des Scharlatan-Theaters in Hamburg verkörpert. Die Einstudierung der Rollen und die Organisation erfolgten in Kooperation mit dem Schauspieler und der Schauspielerin. Der Schauspieler und die Schauspielerin hatten sich in der Vorbereitung schon ausgiebig mit den Rollen beschäftigt und sich eigene Gedanken zur vollen Ausgestaltung der Patientencharaktere gemacht. Die Namen der Patientencharaktere wurden ebenso durch sie gewählt. Der Schauspieler und die Schauspielerin spielten ihre Rollen in selbstgewählter, zur Figur passender Garderobe. Für die verschiedenen Rollen wurden die Outfits oder Accessoires gewechselt. So trug z. B. die Schauspielerin als Patientin 1 eine Strickjacke und als Patientin 3 einen Blazer, während der Schauspieler als Patient 2 ein Sakko mit Krawatte trug und als Patient 4 eine Mütze und einen Pullover.

3.6 Filmaufnahmen

3.6.1 Drehort und Bühnenbild/ Requisite

Der Drehtag fand am 10.02.2016 in den Räumen des Scharlatan-Theaters in Hamburg statt. Die dort aufgebaute Kulisse, einem Sprechzimmer entsprechend, bestand aus einem Schreibtisch mit einem Attrappen-Computerbildschirm und Tastatur. Auf den gegenüberliegenden Seiten standen auf der Arztseite ein Stuhl, auf der Patientenseite zwei Stühle. Den Ärzten und Ärztinnen standen Papier und Stifte auf dem Schreibtisch zur Verfügung, welche sich in einem Briefablage-

kasten befanden. Im Raum befanden sich drei Kameras, eine mit Blick auf den Patienten oder die Patientin, eine mit Blick auf den Arzt oder die Ärztin und eine für die Totalaufnahme. Dies diente dem Zweck, sowohl die Mimik (in Nahaufnahme) als auch die Gestik der Ärzte und Ärztinnen in der Interaktion mit den Schauspielpatienten und -patientinnen beurteilen zu können. Zudem wurden alle Akteure und Akteurinnen mit einem Mikrofon ausgestattet, welches eine Tonaufnahme aufzeichnete. Dieses wurde am Kragen oder Kittel befestigt. Während der Filmaufnahmen befand sich neben dem Kameramann noch die Autorin im Raum.

3.6.2 Ablauf

Am Vorabend der Filmaufnahmen erfolgte neben dem vorbereitenden Planungstreffen eine Probe mit der Schauspielerin und dem Schauspieler im Beisein des künstlerischen Leiters, wobei diese noch einmal in ihre Rollen eingewiesen wurden und Möglichkeiten hatten Fragen zu stellen. Die kurzen Rollenbiographien hatten sie bereits im Voraus erhalten und sich schon umfassend auf die Charaktere vorbereitet. Ansonsten erhielten die Schauspieler die Anweisung möglichst authentisch in ihrem Rollenverständnis zu agieren. Die Anweisung bestand lediglich darin, so auf den Arzt oder die Ärztin zu reagieren, wie sie sich in diesem Moment in der Rolle fühlten. Zusätzlich wurde eine Probe der Gesprächssituation durchgeführt. Als Ärztin fungierte dabei die Betreuerin des Promotionsprojekts. Dabei ergaben sich keine weiteren Fragen oder Probleme, so dass sich der Schauspieler und die Schauspielerin gut auf den Drehtag vorbereitet fühlten und ihr Rollenverständnis noch vertiefen konnten.

Am Tag der Filmaufnahmen erhielten die Ärzte und Ärztinnen in einem separaten Raum eine kurze Einführung über den Ablauf durch die Betreuerin des Promotionsprojektes und die Informationen über die Patienten und Patientinnen in Form einer Karteikarte, wie sie in vielen Praxen genutzt wird. Die Karteikarten enthielten z. B. Notizen über vorangegangene Arztgespräche oder ältere Untersuchungsergebnisse. Für den Patienten und die Patientin mit der chronischen Niereninsuffizienz erhielten die Ärzte und Ärztinnen zusätzlich einige Informationsblätter über die Ernährung bei dieser Erkrankung. Zudem erhielten die Ärzte und Ärztinnen einen Zettel mit Laborwerten und ein aktuelles EKG für alle Patientinnen und Patienten. Bei den beiden Patientenfällen mit Vorhofflimmern waren die EKGs identisch. Bei dem Patienten und der Patientin mit der chronischen Niereninsuffizienz unterschieden sich die Anzahl Laborwerte, da Patientin 3 über lange Zeit in Behandlung war, Patient 4 wiederum ein neuer Patient in der Praxis war. Die Ärzte und Ärztinnen erhielten zudem die Information, dass sie in ihrer Arztrolle eine Praxisvertretung durchführten. So war situativ für die Ärzte und Ärztinnen genug Freiheit für eine erneute Anamneseerhebung, sofern gewünscht, und sichergestellt, dass es vorher keine Arzt-Patienten-Beziehung zwischen den Akteuren und Akteurinnen gegeben hatte.

Vor den eigentlichen Filmaufnahmen wurden alle Ärzte und Ärztinnen kurz zum Soundcheck und zum einmaligen Sitzen im Bühnenbild gebeten, um die Kameraeinstellung zu optimieren. Mit dem Schauspieler und der Schauspielerin wurde vorher besprochen, dass sie auf ein Zeichen des Kameramanns versuchen sollten, die Szene zu beenden, falls eine Zeit von 30 Minuten überschritten würde. Dies wurde jedoch während keiner der Filmaufnahmen erforderlich.

3.7 Auswertung der Filme

Die fertigen Filme wurden durch den Kameramann des Scharlatan-Theaters geschnitten und im MP4-Format an die Autorin und ihre Betreuerin übergeben. Jeder Szene zugehörig waren drei Filme und eine Audiospur. Dabei handelte es sich jeweils um die Filme der drei verschiedenen Kameras; also einmal die Gesamtansicht, die Arztansicht und die Patientenansicht. Die Filme waren unterschiedlich lang, welches in der folgenden Tabelle dargestellt wird:

Tabelle 3: Übersicht über die Szenen mit Spielzeit und Akteuren und Akteurinnen

Szene	Länge (min)	Patient/Patientin	Arzt/Ärztin
1	23:04	Patientin 1	Arzt 1
2	13:08	Patientin 1	Ärztin 2
3	19:37	Patientin 3	Ärztin 3
4	10:16	Patientin 3	Arzt 4
5	15:34	Patient 4	Arzt 1
6	11:11	Patient 4	Ärztin 2
7	15:04	Patient 2	Ärztin 3
8	11:27	Patient 2	Arzt 4

3.7.1 Allgemeine Auswertung

Die Filme wurden von der Autorin mehrmals angesehen und es wurde zunächst eine grobe Inhaltsangabe verfasst, mit den verschiedenen Themen und Abschnitten des Gesprächs. Dieses geschah im Stil einer Auflistung. Hierbei stand links der Zeitabschnitt und rechts eine kurze Beschreibung des Gesprächsinhalts während der Sequenz. Ein Beispiel für diese Art der Dokumentation findet sich in Tabelle 4.

Anschließend wurden für jede Szene Tabellen erstellt mit den Sequenzen, in denen Aspekte des Patientencharakters, des Konfliktes und der Lösung angesprochen wurden. In einer Tabelle wurden sie jeweils mit Zeitabschnitt aufgeführt und in die entsprechende Kategorie eingeteilt (Charakter, Konflikt, Lösung). Als Items werden die Zeit, der Text als kurzer Verweis, der/die Patient/in und der/die Arzt/Ärztin aufgeführt. Arzt/Ärztin und Patient/Patientin bezog sich hier jeweils auf die

körperliche Aktion und Reaktion während des Abschnitts. Dabei wurde vor allem der Film in Übersichtsaufnahme genutzt, aber auch teilweise die Kameraeinstellungen auf Arzt/Ärztin oder Patient/Patientin. Auch wurde die in der Szene gefundene Lösung notiert. Anschließend wurden jeweils drei Sequenzen pro Szene ausgewählt: dabei jeweils eine, in der der Patientencharakter deutlich wird, eine, welche den Konflikt zwischen Patient oder Patientin und Therapie zeigt, und eine Sequenz zur Lösung.

Tabelle 4: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung des Ablaufs von Szene 2

Zeitabschnitt	Gesprächsinhalt
00:00-00:10	Begrüßung durch die Ärztin, Erklärung, dass Herr Müller verhindert ist
00:11-02:15	Weitere Anamnese über Risikofaktoren und Symptome (CHADS-VASc-Score-Kriterien)
02:15-05:15	Erklären der Krankheit Vorhofflimmern, speziell das Schlaganfallrisiko
05:16-07:00	Ärztin erklärt der Patientin, dass sie eine Kardioversion empfiehlt und erklärt ihr, wie diese organisatorisch ablaufen würde
07:01-07:40	Ärztin erklärt den Ablauf der Untersuchung: Patientin bekomme eine Schlafspritze, aber vorher müsse man noch einen Schluckultraschall durchführen
07:41-08.05	Patientin beschreibt, dass sie sich eigentlich nicht krank fühle. Ärztin erwidert, dass Vorhofflimmern auch häufig unbemerkt bestehe und man dies nicht so lassen könne.
08:06-08:50	Patientin spricht Konflikt an, dass sie sich lieber heilpraktisch behandeln lassen möchte. Ärztin glaube nicht, dass VHF von Heilpraktikern behandelt werden kann. Patientin beschreibt ihre Stressbewältigungsstrategien.
08:51-10:30	Ärztin bietet der Patientin zunächst ein Langzeit-EKG an und empfiehlt ein Medikament zur Frequenzregulation. Die Ärztin möchte aber trotzdem einen Blutverdünner geben und merkt an, dass die Patientin vermutlich um eine Kardioversion nicht herumkomme. Ärztin sagt, dass noch weitere Diagnostik auf die Patientin zukomme.
10:31-11:25	Patientin bemerkt, dass sie keine Tabletten nehmen könne und dies für sie sehr belastend sei. Sie befürchtet, dass durch äußeres Eingreifen alles nur schlimmer werde und sie glaube, dass die Beschwerden vom Stress kommen würden.
11:26-13:07	Einigung auf LZ-EKG und Patientin soll es „sacken lassen“ und am nächsten Tag soll noch einmal neu entschieden werden und noch einmal mit Dr. Müller Rücksprache gehalten werden. Ärztin betont noch einmal, dass man etwas machen müsse, da die Patientin sonst eine Herzschwäche bekomme und noch Diagnostik nötig sei. Einigung auf diese Vorgehensweise und anschließend Verabschiedung

3.7.2 Transkription mit EXMARaLDA

Die ausgewählten Sequenzen aller acht Szenen wurden mit dem EXMARaLDA-Programm, einer Freeware der Universität Hamburg, transkribiert. Pro Transkript wurden jeweils vier Spuren erstellt: die verbalen Äußerungen von Arzt und Patient (je eine Spur) sowie die nonverbale Kommunikation beider Beteiligten in Bezug auf Gestik und Mimik (je eine Spur). Mithilfe des Pro-

gramms war es möglich, pro Zeiteinheit Sprache sowie Gestik und Mimik übereinanderliegend zu erfassen. Für die nonverbale Kommunikation wurden jeweils alle Kameraeinstellungen ausgewertet und die Körpersprache beschrieben. Dabei wurden Bewegungen des Körpers (z. B. Sitzhaltung, Armbewegungen, Verhältnis von Körper zum Tisch usw.), aber auch die Mimik beschrieben (z. B. Augenbewegungen, Lächeln, Nasenbewegungen usw.). Ein Beispiel aus Szene 1 findet sich in Abbildung 4.

[6]

		4 [04:57.8]	
RV [v]		Naja, wenn's möglich ist?! Also, weil ich mein	
DR [v]	auf Tabletten?		
RV [nv]	<i>Augenbrauen leicht hochgezogen</i>	<i>atmet tief ein, hebt leicht die Schultern an, dreht den Kopf nach</i>	
DR [nv]	<i>wechselt von rechts nach links, Augenbrauen hochgezogen.</i>		

[7]

		5 [05:00.1]	6 [05:00.3]
RV [v]		Vielleicht kann man ja auch irgendwie wenn es um's Herz geht. wie gesagt, also mit meinem	
DR [v]	Okay, Gut.	((mhhh))	
RV [nv]	<i>links</i>	<i>Blick geht nach links hinten, gestikuliert mit rechter Hand über dem Tisch, deutet dann auf Herznähe,</i>	
DR [nv]	<i>nickt und lächelt</i>	<i>blinzelt</i>	

[8]

RV [v]	Yoga oder so mit Entspannungsübungen, komm ich ja auch schon, da komm ich ja ganz gut... klar.		
DR [v]	((mhhh))		
RV [nv]	<i>schließt die Augen kurz, kurze Kopfneigung nach links, Blickkontakt zum Arzt</i>	<i>lächelt leicht,</i>	
DR [nv]	<i>blinzelt</i>		

[9]

		7 [05:11.3]	8 [05:13.3]
RV [v]			
DR [v]		mhmh... okay.	

Abbildung 4: Beispieldarstellung eines Transkripts Szene 1

3.7.3 Auswertung der nonverbalen Kommunikation

Die in den Sequenzen erfasste Körpersprache wurde mittels Literatur zur Bedeutung bestimmter Mimik und Gestik bewertet. Als Quelle zur Interpretation wurde hierfür das Werk Körpersprache von Samy Molcho aus dem Jahre 1996 herangezogen (Molcho 1996). Aus den Kapiteln über Sitzarten, Kopf und Hals, Mund, Augen, Hände und Finger wurden die dort erwähnten Elemente in die Tabelle (Anhang 25) übernommen und in die entsprechenden Kategorien eingeteilt. Als zusätzliche Quellen wurden die Werke „Einführung in die Körpersprache“ (Sollmann 2016) sowie „Körpersprache & Kommunikation - Nonverbaler Ausdruck und Soziale Interaktion“ (Argyle 2013) herangezogen. Sowohl Argyle als auch Sollmann verweisen in ihren Werken darauf, dass das Decodieren verschiedener Emotionen äußerst schwierig ist und teilweise sehr ungenau (Argyle

2013). Deshalb wurden zur Bewertung die Kategorien „+“ für positiv, „-“ für negativ und „0“ für neutral gewählt. Das „+“ steht hierbei für zustimmende, annähernde Gesten und Gesichtsausdrücke, das „-“ für ablehnende oder Distanz schaffende Körperaktionen. Die „0“ steht für die Aktionen, die neutral zu werten sind oder die, die sich nicht eindeutig in eine der Kategorien einteilen lassen. Es wurde jeweils für Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin eine Strichliste geführt, wie häufig Körperaktionen der verschiedenen Ausprägungen pro Sequenz vorkamen. Aus den Werten wurde ein Score berechnet. Dazu wurden die Elemente der Kategorie „+“ aufsummiert und die Elemente der Kategorie „-“ subtrahiert, die neutralen Elemente wurden als „0“ berechnet. Daraus ergab sich ein Score pro Sequenz. Aus den drei Sequenzscores (Charaktersequenz, Konfliktsequenz, Lösungssequenz) wurden ein Gesamtscore durch Addieren der Werte gebildet (negative Scores wirkten sich also als Erniedrigung des Gesamtscores aus). Zudem wurde berechnet, wie häufig die jeweiligen Scores pro Minute vorkamen, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Szenen zu schaffen, die unterschiedlich lang waren (siehe Anhang). Zusätzlich wurden die Tonspuren der Szenen noch einmal gesondert angehört und der paraverbale Ausdruck (Stimmlage, Tonfall, Sprechgeschwindigkeit, Pausen usw.) beschrieben. Auch für den paraverbalen Ausdruck wurde ein Score eingeführt. Als „+“-Aktionen wurden die Elemente „Stimme wird angehoben“, „Tempo wird erhöht“, „Lachen“ und „Lautstärke wird erhöht“ zusammengeführt. Diese Elemente entsprechen häufig Zuständen einer Erregung und emotionalen Beteiligung. Eine wichtige Information bei Auswertung des sprachlichen Ausdrucks ist das Erregungsniveau, das sich in Form von Lautstärke, Frequenz und Tempo zeigt (Argyle 2013). Dabei zeigen z. B. Freude, Ärger, Zuversicht und Furcht hohe Scores, also häufig die zuvor genannten Elemente. Als „-“-Aktionen wurden „Stimme wird abgesenkt“, „Tempo wird erniedrigt“, „Lautstärke wird erniedrigt“ und Pausen zusammengefasst. Diese Elemente wirken in der Kommunikation eher als beruhigend und Zeichen einer emotionalen Ausgeglichenheit bzw. neutrale Betrachtung und Bearbeitung des Themas. Als Pausen wurden nur Pausen mit einer Länge über eine Sekunde gewertet. Diese sind laut Argyle eher Nachdenkpausen (Argyle 2013) und treten in Momenten mit niedrigem Erregungsniveau auf. Hier wurden sie als „-“ gewertet, da diese für eine ruhige emotionale Lage sprechen und bei emotionaler Erregung, wie bereits beschrieben, es häufig zu Tempoerhöhung und Lautstärkesteigerung kommt. Als neutral wurden hörbares Atmen und Räuspern zusammengefasst. Auch für die paraverbalen Elemente wurden, analog zu den Elementen der Gestik und Mimik, die jeweiligen Elemente in Art einer Strichliste gezählt und aus ihnen wurde dann ebenfalls der Score für die jeweilige Sequenz berechnet (Anzahl „+“-Elemente - Anzahl „-“-Elemente + 0 x Anzahl der „0“-Elemente = Score-Wert). Analog zu Gesten und Mimik wurde auch hier der Gesamtscore pro Szene aus den drei Einzelscores berechnet. Auch diese Score-Werte wurden pro Minute ermittelt zwecks besserer Vergleichbarkeit.

3.7.4 Auswertung des verbalen Ausdrucks

Die Transkripte wurden auch auf den verbalen Ausdruck hin ausgewertet. Es wurden für Arzt oder Ärztin sowie Patient oder Patientin Tabellen erstellt und die Aussagen in die Kategorien eingeteilt. Zu Grunde gelegt wurden hier verschiedene Aussage-Formen wie z. B. die „Ich-Aussage“ oder „Wir-Aussage“ (Schultz von Thun 2013). Zusätzliche Kategorien wurden eingesetzt wie z. B. „Bejahen“, „Verneinen“ oder „Elemente des aktiven Zuhörens“. Damit sollten alle verbalen Äußerungen einer Kategorie zugeordnet werden können. Wie schon bei den nonverbalen Kommunikationselementen wurden mithilfe von Strichlisten die verbalen Elemente gezählt und summiert. Auch für die verbalen Aussagen wurde ein Score ermittelt. Als „+“-Aussagen wurden „Ich-Aussage“, „Bejahen“ und „Elemente des aktiven Zuhörens“ gewertet. Diese sind bei Schultz von Thun in dem Kapitel, in dem es um Hindernisse in der Kommunikation geht, als positive Beispiele für eine authentische Kommunikation aufgeführt (Schultz von Thun 2013). Vor allem die „Ich-Aussage“ lässt eine klare Selbstoffenbarungsebene der Nachricht erkennen. Auch das aktive Zuhören wird von Schultz von Thun als Hilfsmittel für die gute Kommunikation angeführt. Hingegen würden die „Man-Aussage“, „Es-Aussage“ und „Du/Sie-Aussage“ häufig in der Kommunikation unbewusst oder bewusst als Vermeidung der Selbstoffenbarung in der Kommunikation eingesetzt. Deswegen wurden diese hier als „-“-Aussagen zusammengefasst. Schultz von Thun führt außerdem auch die „Wir-Aussage“ und die „Fragen“ als Beispiele der Vermeidung der Selbstoffenbarung an. In diesem Fall wurde sich trotzdem dafür entschieden, diese als neutral zu werten, da im Arztgespräch das „Wir“ auch als Form des „shared-decision-making“ genutzt werden kann, um die gemeinschaftliche Entscheidung von Arzt oder Ärztin und Patient oder Patientin zu betonen. Fragen sind im ärztlichen Anamnesegespräch unerlässlich um Informationen zu gewinnen. Die Interpretation von Schultz von Thun als Ablenkung von der eigenen Meinung als Gegenfrage wurde hier eher nachrangig eingestuft. Auch sachliche Beschreibungen und Anweisungen wurden als neutral eingestuft. Analog zu den beiden vorher beschriebenen Kategorien wurden die Scores berechnet und die Vergleichbarkeit durch die Berechnung pro Minute hergestellt. Wie bereits in den anderen Kategorien beschrieben, wurden auch hier die Gesamtscores für die Szene berechnet.

4 Ergebnisse

In allen Szenen konnten passende Sequenzen zu den Themen „Charakter“, „Konflikt“ und „Lösung“ gefunden werden. Jeweils eine Sequenz pro Thema wurde zur Analyse ausgewählt. Somit kann der konzeptionelle Teil der Arbeit, dass der Schauspieler und die Schauspielerin die Charaktere so darstellen konnten, dass die Konflikte mit der Leitlinien-Therapie zum Tragen kamen, als erfolgreich betrachtet werden. Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die errechneten Scores und Gesamtscores für nonverbale Kommunikation (Gesten und Mimik sowie paraverbaler Ausdruck) und die verbalen Aussagen (siehe Anhang). Im Folgenden werden zur besseren Vergleichbarkeit nur die auf Minuten umgerechneten Score- und Gesamtscore-Werte dargestellt.

4.1 Betrachtung der einzelnen Szenen

4.1.1 Szene 1

Der vorgegebene Konflikt bestand darin, dass die Patientin auf keinen Fall nicht pflanzliche Medikamente einnehmen wollte. In dieser Szene zeigte sich, dass der Arzt die Probleme der Patientin erkannte und sie in seine Behandlung einbezog. Der Wunsch der Patientin, keine Tabletten zu nehmen, wurde mehrmals thematisiert. Es wurde von der Leitlinie abgewichen, indem nicht sofort eine Kardioversion geplant wurde. Die medikamentöse Therapie wurde von der Patientin nur widerwillig hingenommen. Die Therapie wurde vom Arzt auch als „etwas unsichere Variante“ deklariert. Es wurde eine Wiedervorstellung für den nächsten Tag vereinbart um den Therapieerfolg zu überprüfen und gegebenenfalls die Therapie weiter zu modifizieren und zu besprechen.

Tabelle 5: Szene 1 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Arzt 1				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	4,9	-3,4	0	0,4	1,6	-10,3	-4,2	-4,2
Paraverbale Elemente	1,6	-1,7	3,6	2,1	4,9	10,3	5,4	6,3
Verbale Aussagen	8,1	12	3,6	6,3	9,7	10,3	12	11,2

In der Auswertung der Kommunikation zeigten sich in der Charaktersequenz bei dem Arzt wie auch bei der Patientin ein positiver Score in allen drei Kategorien mit nur geringen Unterschieden zwischen den beiden Akteuren (Tabelle 5, Anhang 1-3). Während der Konfliktsequenz zeigten

sowohl Arzt als auch Patientin die niedrigsten Score-Werte der ganzen Szene im Bereich der Gestik und Mimik. Der Arzt zeigte einen negativen Score für Mimik und Gesten (-3,4/min) sowie für die paraverbalen Elemente (-1,7/min). Der Score der verbalen Aussagen war deutlich positiv (12/min). Bei der Patientin zeigte sich ebenso ein negativer Gesten und Mimik-Score (-10,3/min), während der Score des paraverbalen Ausdrucks positiv war (10,3/min). Der Score der verbalen Aussagen hingegen zeigte sich bei der Patientin auf ähnlichem Niveau (10,3/min) wie in der Charaktersequenz (9,7/min).

In der Lösungssequenz zeigte der Arzt einen neutralen Score im Bereich der Gesten und Mimik. Der Score des paraverbalen Ausdrucks war hier positiv (3,6/min). Die verbalen Aussagen waren ebenfalls im positiven Score-Bereich (3,6/min). Bei der Patientin hingegen waren die Elemente der Gestik und Mimik im negativen Score-Bereich (-4,2/min), der paraverbale Ausdruck war positiv (5,4/min). Der Score für die verbalen Aussagen erreichte in der Lösungssequenz den höchsten Wert (12/min).

Es zeigten sich positive Gesamtscores bis auf den Gesamtscore der Patientin im Bereich Gesten und Mimik. Dieser war als einziger negativ (-4,2/min), der Arzt zeigte einen leicht positiven Gesamtscore (0,4/min). In den anderen Kategorien (paraverbaler Ausdruck und verbale Aussagen) zeigte die Patientin höhere Gesamtscores als der Arzt.

4.1.2 Szene 2

Es handelte sich ebenfalls um die Patientin mit Vorhofflimmern. Dieses Mal wurde sie durch eine Ärztin behandelt. Der vorgegebene Konflikt war also der gleiche wie in der ersten Szene. In dieser Szene zeigte sich, dass die Ärztin die Problematik der Patientin wahrnahm und sie nach und nach immer mehr ihren Therapieversuch änderte. Zunächst schlug sie die leitliniengerechte Elektrokardioversion vor, die möglichst zeitnah durchgeführt werden sollte. Als die Patientin ihre Ansichten und Bedenken vorbrachte, änderte die Ärztin ihren Plan in eine Überwachung bis zur nächsten Konsultation und schlug weitere Diagnostik, z. B. mittels Langzeit-EKG, vor. Die Ärztin nahm die Bemerkungen der Patientin, dass es sehr viele Informationen seien, auf und riet ihr, das Gehörte „erst mal sacken zu lassen“. Sie betonte jedoch mehrmals, dass man das Vorhofflimmern nicht so lassen könne und sonst die Gefahr bestünde, dass die Patientin eine Herzschwäche entwickle.

In der Charaktersequenz zeigten sowohl Ärztin als auch Patientin negative Score-Werte im Bereich Gesten und Mimik (Tabelle 6, Anhang 4-6). Dabei zeigte die Patientin etwas mehr Dynamik im paraverbalen Ausdruck; sie erreichte den Score 16,0/min. Die Ärztin zeigte im Paraverbalen (-4,0/min), aber auch im Verbalen (-4,0/min) negative Scores.

Tabelle 6: Szene 2 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Ärztin 2				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	-8,0	-2,7	-2,1	-3,4	-8,0	-12	2,1	-6,8
Paraverbale Elemente	-4,0	0	6,4	1,4	16	9,3	2,1	8,2
Verbale Aussagen	-4,0	-2,7	-8,6	-4,8	0	8,0	8,6	6,8

Die Ärztin zeigte in der Konfliktsequenz negative Score-Werte im Bereich Mimik und Gestik (-2,7/min) und im Bereich der verbalen Aussagen (-2,7/min). Der Score des paraverbalen Ausdrucks war neutral (0/min). Die Patientin zeigte während der Konfliktsequenz den niedrigsten und negativen Score in Gestik und Mimik (-12/min) bei deutlich positiven Scores in der paraverbalen und verbalen Kommunikation.

In der Lösungssequenz zeigte die Ärztin einen weiterhin negativen Score für Gesten und Mimik (-2,1/min). Im paraverbalen Ausdruck kam es zum höchsten Score der Ärztin (6,4/min). Im Bereich der verbalen Aussagen hingegen zeigte sich ihr niedrigster Score-Wert (-8,6/min). Bei der Patientin zeigte sich im Bereich der Gesten und Mimik ein positiver Score von 2,1/min, im paraverbalen Ausdruck zeigte sich hier der niedrigste Score der Patientin in diesem Bereich (2,1/min). Der Score für die verbalen Aussagen war hier positiv (8,6/min).

Die Ärztin zeigte zwei negative Gesamtscores (Gesten und Mimik sowie verbale Aussagen), die Patientin hingegen zeigte nur einen negativen Gesamtscore, im Bereich Gesten und Mimik. In den Kategorien paraverbalen Ausdruck und verbale Aussagen zeigte die Patientin höhere Gesamtscores als die Ärztin.

4.1.3 Szene 3

Hier kam eine Patientin mit chronischer Niereninsuffizienz zur Routinekontrolle, bei der sich die Blutwerte deutlich verschlechtert hatten. Der Konflikt bestand darin, dass die Patientin die Dialysetherapie auf jeden Fall vermeiden wollte, zu welcher, laut Leitlinie, jetzt zumindest eine Beratung und dann die Vorbereitung durchgeführt werden sollte. In dieser Szene wurde die Therapie insofern angepasst, dass die Ärztin den Wunsch der Patientin, die Dialyse möglichst lang hinauszuzögern, wahrnahm und versuchte mit konservativen Mitteln dem Wunsch nachzukommen. Zudem wurde die Selbstinitiative der Patientin erkannt und daraufhin eine weitere Ernährungsberatung angeboten. Gleichzeitig betonte die Ärztin mehrmals, dass das Thema Dialyse auf die Pati-

entin zukomme und diese sich damit auseinander setzen müsse. Hier wurde die Leitlinie immer wieder sehr deutlich in Erinnerung gerufen. Es wurde eine Wiedervorstellung für einen späteren Zeitpunkt vereinbart, um dann weiter zu beobachten, ob die Maßnahmen den gewünschten Effekt gezeigt und somit zur Verbesserung der Blutwerte geführt hätten.

Tabelle 7: Szene 3 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Ärztin 3				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	-2,3	-2,2	-1,7	-2,0	-6,8	-4,4	-7,5	-6,5
Paraverbale Elemente	3,4	3,3	2,9	3,1	13,6	0	3,5	5,1
Verbale Aussagen	2,3	4,4	1,2	2,3	10,2	6,6	8,1	8,2

Sowohl Ärztin als auch Patientin zeigten während der Charaktersequenz negative Werte im Score der Gesten und Mimik (-2,3/min versus -6,8/min). Bei der Patientin waren dabei mehr ablehnende Elemente zu beobachten (Tabelle 3, Anhang 7-9). Im paraverbalen Ausdruck war die Ärztin (3,4/min) deutlich ruhiger als die Patientin (13,6/min), welche deutlich mehr Erregung zeigte. Im Score der verbalen Aussagen zeigte die Ärztin einen positiven Wert (2,3/min), die Patientin zeigte einen noch höheren Score als die Ärztin (10,2/min).

In der Konfliktsequenz zeigte die Ärztin einen negativen Score im Bereich Gestik und Mimik (-2,2/min) und positive Scores im Bereich des paraverbalen Ausdrucks (3,3/min) sowie der verbalen Aussagen (4,4/min). Die Patientin zeigte ebenso einen negativen Score in Mimik und Gestik (-4,4/min) und einen neutralen Score im stimmlichen Ausdruck. Der verbale Score war positiv (6,6/min).

Während der Lösungssequenz zeigten sich bei der Ärztin ein negativer Score der Gestik und Mimik (-1,7/min) und positive Scores im stimmlichen Ausdruck (2,9/min) sowie in den verbalen Aussagen (1,2/min). Im Vergleich war der Score der Mimik und Gestik der Patientin in der Lösungssequenz negativer (-7,5/min), der Score des paraverbalen Ausdrucks war hier positiv (3,5/min), ebenso der Score der verbalen Aussagen (8,1/min).

Sowohl Ärztin als auch Patientin zeigten in der Kategorie Gesten und Mimik negative Gesamtscores, die Patientin dabei einen niedrigeren Score (-6,5/min) als die Ärztin (-2,0/min). Die Gesamtscores der anderen Kategorien waren jeweils positiv. Die Patientin zeigte dabei höhere Score-Werte als die Ärztin.

4.1.4 Szene 4

In der vierten Szene fand sich ebenfalls der Konflikt, dass die bisher selbstständige Patientin auf keinen Fall eine Dialysetherapie wollte und mit eigenem Engagement alles versuchen wollte, um diese zu verhindern. In dieser Szene sah man, wie der Arzt den Wunsch der Patientin, die Dialyse möglichst zu vermeiden, wahrnahm und wie er versuchte, andere Möglichkeiten zu finden. So schlug er unter anderem eine Änderung des Medikamentenregimes vor. Zudem erkannte er, dass die Patientin sich bemühte alles richtig zu machen und lobte sie dafür. Als Möglichkeit, die Dialyse komplett zu umgehen, wurde als alternative Therapie die Möglichkeit der Nierentransplantation angeboten.

Tabelle 8: Szene 4 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Arzt 4				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	1,2	0	-4,3	-0,7	-4,8	-5,4	4,3	-3,0
Paraverbale Elemente	4,8	2,7	2,9	3,3	3,6	2,7	-1,4	2,0
Verbale Aussagen	-1,2	-4,0	-1,4	-2,7	3,6	7,4	2,9	5,3

In der Charaktersequenz zeigte der Arzt einen leicht positiven Score (1,2/min) in der Kategorie Gestik und Mimik (Tabelle 8, Anhang 10-12). Die Patientin hingegen zeigte einen negativen Score in diesem Bereich (-4,8/min). Sowohl Arzt als auch Patientin zeigten einen positiven Score im paraverbalen Ausdruck. Im verbalen Ausdruck zeigte der Arzt einen leicht negativen Score (-1,2/min), die Patientin einen leicht positiven Score (3,6/min).

In der Konfliktsequenz zeigte sich bei dem Arzt ein neutraler Score der Gesten und Mimik (0/min), ein positiver Score im stimmlichen Ausdruck (2,7/min) sowie der negativste Score des Arztes in dieser Kategorie im verbalen Ausdruck (-4,0/min). Die Patientin zeigte einen negativen Score in Gestik und Mimik (-5,4/min). Im paraverbalen Ausdruck sowie der verbalen Kommunikation zeigten sich positive Scores (2,7/min und 7,4/min).

In der Lösungssequenz zeigte der Arzt seinen einzigen negativen Score in der Gestik und Mimik (-4,3/min). Währenddessen zeigte die Patientin einen positiven Score in Gestik und Mimik (4,3/min) in der Lösungssequenz. Bei dem Arzt war der Score der paraverbalen Kommunikation positiv (2,9/min). Die Patientin hingegen zeigte im paraverbalen Ausdruck einen negativen Score (-1,4/min). Der Arztscore war im Bereich des verbalen Ausdrucks negativ (-1,4/min), der Score der Patientin positiv (2,9/min). Die Gesamtscores waren im Bereich Gesten und Mimik bei Arzt

und Patientin negativ. Der Arzt zeigte dabei einen höheren Score (-0,7/min) als die Patientin (-3,0/min). Im paraverbalen Ausdruck zeigte ebenso der Arzt einen höheren (3,3/min) Score als die Patientin (2/min). Der Gesamtscore der verbalen Aussagen hingegen war bei der Patientin höher (5,3/min) im Gegensatz zu dem negativen Gesamtscore (-2,7/min) des Arztes.

4.1.5 Szene 5

Der vorgegebene Konflikt war, dass sich der Patient mit einer neu aufgetretenen Niereninsuffizienz nicht vorstellen konnte, eine Ernährungsumstellung und zahlreiche Tabletteneinnahmen in seinen Alltag auf der Feuerwehrrache zu integrieren. Es lässt sich festhalten, dass die vorgeschlagene Therapie des Arztes in diesem Fall kaum Konfliktpotential bot. Hier wurde zu großen Teilen die Leitlinie befolgt, wenn auch nicht in ihrer kompletten Bandbreite. Die Regelmäßigkeit der Tabletteneinnahmen zu den Mahlzeiten wurde beispielsweise nicht weiter erwähnt.

Tabelle 9: Szene 5 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Arzt 1				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	0	8,1	2,6	4,0	16,4	6,5	1,3	6,3
Paraverbale Elemente	13,6	8,1	1,3	6,3	-2,7	-3,2	-1,3	-2,3
Verbale Aussagen	10,9	-1,6	3,9	3,4	27,3	0	10,4	10,3

In der Charaktersequenz zeigte der Arzt neutrale bzw. positive Score-Werte in allen Kategorien (Tabelle 9, Anhang 13-15). Auch der Patient zeigte in der Körpersprache einen deutlich positiven Score (16,4/min), im paraverbalen Ausdruck einen nur leicht negativen Score (-2,7/min). Im verbalen Ausdruck zeigte der Patient den höchsten Score der Szene in dieser Kategorie (27,3/min).

In der Konfliktsequenz zeigte der Arzt im Score der Gesten und Mimik einen positiven Wert (8,1/min), der Patient ebenfalls, jedoch einen etwas niedrigeren Wert (6,5/min). Im paraverbalen Ausdruck zeigte der Arzt ebenso einen positiven Wert (8,1/min) und der Patient einen negativen Wert (-3,2/min). Im Bereich der verbalen Aussagen zeigten beide Akteure Score-Werte um den neutralen Bereich (-1,6/min und 0/min).

In der Lösungssequenz fanden sich beim Arzt in allen Kategorien positive Scores. Bei dem Patienten fand sich in der Lösungssequenz ein negativer Score im stimmlichen Ausdruck (-1,3/min). Insgesamt zeigten sich bei dem Arzt höhere Scores im paraverbalen Ausdruck (Gesamtscore

6,3/min) über alle Sequenzen als bei dem Patienten (Gesamtscore -2,3/min). Dieser zeigte dafür einen höheren Score in der Gestik und Mimik (Gesamtscore: 6,3/min) sowie bei den verbalen Aussagen (Gesamtscore: 10,3/min).

4.1.6 Szene 6

In der sechsten Szene fand sich derselbe Konflikt wie in Szene 5: Der bisher selbstständige abenteuerlustige Rettungssanitäter konnte sich nicht vorstellen, zahlreiche Tabletten und Ernährungsumstellungen in seinen Alltag zu integrieren. Anpassung der Therapie an den Patienten erfolgte hier insofern, dass dem Patienten geraten wurde, erst einmal zu probieren, wie es mit den Medikamenten im Schichtdienst funktioniere. Hier versuchte die Ärztin schrittweise die Therapie aufzubauen, um die volle Bandbreite der Leitlinie abzubilden. Zudem griff die Ärztin die Bemerkungen des Patienten über sein Arbeitsumfeld auf und versuchte zu eruieren, ob es in der sozialen Umgebung noch Möglichkeiten gäbe, das Konfliktpotential zu minimieren.

Tabelle 10: Szene 6 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Ärztin 2				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	-12,0	1,4	7,1	1,8	-12,0	-18,6	0	-9,7
Paraverbale Elemente	0	4,3	21,4	10,9	20,0	-7,1	0	0
Verbale Aussagen	0	1,4	-7,1	-2,4	16,0	8,6	7,1	9,1

In der Charaktersequenz zeigten Ärztin sowie Patient einen negativen Score in der Mimik und Gestik (Tabelle 10, Anhang 16-18). Bei der Ärztin zeigten sich in den anderen beiden Kategorien neutrale Score-Werte, der Patient zeigte deutlich positive Werte in beiden Kategorien.

In der Konfliktsequenz zeigte die Ärztin in allen Kategorien positive Score-Werte. Der Patient zeigte in der Konfliktsequenz einen deutlich negativen Score (-18,6/min) in der Körpersprache. Im paraverbalen Ausdruck zeigte er ebenfalls einen deutlich negativen Score (-7,1/min). Im Bereich der verbalen Kommunikation zeigte der Patient einen deutlich höheren Score (8,6/min) als die Ärztin (1,4/min).

In der Lösungssequenz zeigte der Score der Gestik und Mimik bei der Ärztin einen positiven Wert (7,1/min), der Paraverbal-Score erreichte den höchsten Wert der Szene (21,4/min). Der Score der verbalen Kommunikation hingegen war bei der Ärztin negativ (-7,1/min). Der Patient hinge-

gen zeigte in den Scores der Gestik und Mimik und der paraverbalen Kommunikation neutrale Werte und einen positiven Wert (7,1/min) im verbalen Ausdruck.

Ärztin sowie Patient zeigten jeweils einen negativen Gesamtscore. Im Bereich der Gesten und Mimik zeigte die Ärztin einen positiven Gesamtscore (1,8/min) und der Patient einen negativen Gesamtscore (-9,7/min). Im paraverbalen Ausdruck zeigte die Ärztin einen höheren Score (10,9/min) als der Patient (0/min). Im Bereich der verbalen Aussagen war der Gesamtscore auf ärztlicher Seite negativ (-2,4/min) bei positivem Gesamtscore (9,1/min) auf Seite des Patienten.

4.1.7 Szene 7

In dieser Szene kam der Sohn eines Patienten (im Folgenden als Patient 2 bezeichnet) zum Arztgespräch. Der Konflikt bestand darin, dass der Vater zunehmend Demenz-Symptome entwickelte und fremde Hilfe ablehnte. Gleichzeitig hatte er ein Vorhofflimmern, das man leitliniengerecht mit einer medikamentösen Antikoagulation behandeln müsste. In dieser Szene wurde der Konflikt mit der Leitlinie bereits früh deutlich und aktiv durch die Ärztin aufgegriffen, er wurde sogar offen thematisiert. Die Leitlinie wurde dargelegt, aber gleichzeitig auch von der leitliniengerechten Therapie in diesem Fall abgeraten und die Therapie an die Situation des Patienten angepasst. Hier sieht man, wie die PSP-Faktoren, die durch die Anamneseerhebung in Erfahrung gebracht wurden, die Therapieempfehlung beeinflussten.

Tabelle 11: Szene 7 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Ärztin 3				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	18,0	0	-3,2	0,6	-12,0	3,8	3,2	1,9
Paraverbale Elemente	0	0	3,2	1,3	6,0	6,4	0	3,8
Verbale Aussagen	12,0	1,3	3,2	3,2	6,0	2,6	9,7	5,7

In der Charaktersequenz zeigten Ärztin sowie Patient vor allem neutrale und positive Werte (Tabelle 11, Anhang 19-21). Die Ärztin zeigte hier den höchsten Score-Wert in dem Bereich Gestik und Mimik (18,0/min). Im Bereich der Gestik und Mimik zeigte der Patient hingegen den negativsten Score der Szene in dieser Kategorie (-12,0/min).

In der Konfliktsequenz zeigte die Ärztin im Score der Gestik und Mimik und im Score des Paraverbalen einen neutralen Score (0/min). Der Patient zeigte positive Werte in allen Scores. In der Lösungssequenz zeigte die Ärztin ihren einzigen negativen Score der Szene im Bereich der Ges-

tik und Mimik (-3,2/min), die Scores der beiden anderen Qualitäten waren positiv (je 3,2/min). Der Patient zeigte im Score der Gestik und Mimik einen positiven Wert (3,2/min), der Score des paraverbalen Ausdrucks war mit 0/min neutral bei einem positiven verbalen Score (9,7/min).

Alle Gesamtscores der Szene waren positiv. Der Patient zeigte in allen Kategorien höhere Score-Werte als die Ärztin.

4.1.8 Szene 8

In der 8. Szene fand erneut die Konsultation des Sohnes bezüglich seines Vaters mit einem Arzt statt. Dadurch war der gleiche Konflikt vorgegeben wie in Szene 7. Der Vater hatte ein Vorhofflimmern und lehnte fremde Hilfe ab, wurde aber gleichzeitig immer vergesslicher. In dieser Szene zeigte sich, dass der Arzt bereits nach der Anamneseerhebung und der Nachfrage nach den häuslichen Umständen einen Therapieversuch machte, der von der Leitlinie abwich. Die Leitlinie wurde dem Sohn des Patienten trotzdem erklärt, der Arzt beriet hier jedoch entschlossen zu einer anderen Therapie und betonte, dass individuelle Fälle in der Leitlinie nicht abgebildet seien. In diesem Fall riet er aufgrund des hohen Nebenwirkungsprofils bei diesem Patienten sogar deutlich von der Leitlinientherapie ab.

Tabelle 12: Szene 8 - Übersicht Kommunikationsscores

Score pro Minute	Arzt 4				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	5,7	1,2	-3,2	1,4	-6,7	0	8,6	0,4
Paraverbale Elemente	-1,0	16,8	11,8	8,5	4,8	0	4,3	3,2
Verbale Aussagen	1,9	-6,0	1,1	-0,7	4,8	3,6	12,9	7,1

Der Arzt zeigte in der Charaktersequenz im Score für Gestik und Mimik einen positiven Wert (5,7/min), im paraverbalen Ausdruck einen gering negativen Score (Tabelle 12, Anhang 22-24). Der Patient zeigte hingegen einen negativen Wert im Bereich der Gestik und Mimik (-6,7/min) und einen positiven Score im Bereich der paraverbalen Elemente (4,8/min). Die verbalen Aussagen waren bei beiden im positiven Score-Bereich, bei dem Patienten zeigte sich dabei ein etwas höherer Score (4,8/min) als bei dem Arzt (1,9/min).

Der Arzt zeigte in der Konfliktsequenz einen positiven Score im Bereich Gestik und Mimik (1,2/min), im Bereich der paraverbalen Elemente zeigte sich der höchste Score der Szene in diesem Bereich (16,8/min), bei dem einzigen negativen Score im verbalen Bereich (-6,0/min) der

Szene. Der Patient hingegen zeigte bei der nonverbalen Kommunikation (Gesten und Mimik sowie paraverbale Elemente) neutrale Scores und im verbalen Bereich einen positiven Score (3,6/min).

In der Lösungssequenz zeigte der Arzt im Score der Gestik und Mimik seinen einzigen negativen Score in dieser Kategorie (-3,2/min), der Patient hingegen zeigte einen hohen Score in diesem Bereich (8,6/min). Der Score des paraverbalen Ausdrucks des Arztes war deutlich positiv (11,8/min), der Patient erreichte in dieser Rubrik einen Score von 4,3/min. Im Bereich der verbalen Aussagen ergab der Score des Arztes einen leicht positiven Wert (1,1/min). Der Patient zeigte hier den höchsten Score der Szene in dieser Kategorie mit 12,9/min.

Die Gesamtscores in den Kategorien Gesten und Mimik sowie paraverbalen Ausdruck waren jeweils positiv, die Scores des Arztes dabei jeweils höher als die des Patienten. Im Bereich der verbalen Aussagen zeigte sich ein negativer Gesamtscore auf ärztlicher Seite (-0,7/min) bei positivem Gesamtscore auf der Seite des Patienten (7,1/min).

4.2 Betrachtung der einzelnen Ärzte und Ärztinnen

4.2.1 Arzt 1

Arzt 1 zeigte in allen Qualitäten positive Gesamtscores. Der niedrigste Score war -3,4/min in der Gestik und Mimik in der Konfliktsequenz in Szene 1 (Tabelle 13). Im Bereich der Gestik und Mimik war auffällig, dass in Szene 5 ein höherer Gesamtscore beim Arzt erzielt wurden und auch auf Patientenseite, im Vergleich zu Szene 1, ein höherer Score erzielt wurde (Tabelle 13).

Im Gesamtscore des verbalen Ausdrucks verhielt es sich gegensätzlich: Bei einem höheren Arztscore in Szene 5 zeigte sich ein negativer Score auf Patientenseite. Bei dem etwas niedrigeren Score in Szene 1 zeigte sich ein höherer Wert auf Patientenseite.

In den verbalen Aussagen zeigten sich auf ärztlicher Seite variable Scores zwischen -1,6/min und 12/min. In der Lösungssequenz zeigte der Arzt in beiden Szenen ähnliche Score-Werte (3,6/min und 3,9/min). Auf Patientenseite zeigte sich ein Gesamtscore im ähnlichen Bereich (11,2/min und 10,3/min pro Minute) bei jedoch stark divergierenden Einzelwerten (im Bereich zwischen 0/min und 27,3/min).

Tabelle 13: Übersicht der Kommunikationsscores für Arzt 1

Score pro Minute	Sz*	Arzt 1				Patientin 1 & Patient 4			
		Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	1	4,9	-3,4	0	0,4	1,6	-10,3	-4,2	-4,2
	5	0	8,1	2,6	4,0	16,4	6,5	1,3	6,3
Paraverbale Elemente	1	1,6	-1,7	3,6	2,1	4,9	10,3	5,4	6,3
	5	13,6	8,1	1,3	6,3	-2,7	-3,2	-1,3	-2,3
Verbale Aussagen	1	8,1	12,0	3,6	6,3	9,7	10,3	12,0	11,2
	5	10,9	-1,6	3,9	3,4	27,3	0	10,4	10,3

*Sz = Szene

4.2.2 Arzt 4

Arzt 4 zeigte drei positive sowie drei negative Gesamtscores. Der niedrigste Score fand sich in Szene 8 im Bereich der verbalen Aussagen in der Konfliktsequenz (-6,0/min). Der höchste Wert zeigte sich in der Konfliktsequenz in Szene 8 im Bereich des paraverbalen Ausdrucks (16,8/min).

Tabelle 14: Übersicht der Kommunikationsscores für Arzt 4

Score pro Minute	Sz*	Arzt 4				Patientin 3 & Patient 2			
		Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	4	1,2	0	-4,3	-0,7	-4,8	-5,4	4,3	-3,0
	8	5,7	1,2	-3,2	1,4	-6,7	0	8,6	0,4
Paraverbale Elemente	4	4,8	2,7	2,9	3,3	3,6	2,7	-1,4	2,0
	8	-1,0	16,8	11,8	8,5	4,8	0	4,3	3,2
Verbale Aussagen	4	-1,2	-4,0	-1,4	-2,7	3,6	7,4	2,9	5,3
	8	1,9	-6,0	1,1	-0,7	4,8	3,6	12,9	7,1

*Sz = Szene

Arzt 4 zeigte in der Mimik und Gestik sowohl positive als auch negative Score-Werte (Tabelle 14). Die negativen Scores traten jeweils in der Lösungssequenz auf. Im Gesamtscore der Gestik und Mimik zeigte sich, dass bei einem negativen Score auf ärztlicher Seite auch ein negativer Score auf Patientenseite zu finden war, beim positiven Score auch ein positiver Score-Wert auf Patientenseite.

Im paraverbalen Ausdruck zeigte der Arzt eine Varianz von Einzelwerten von -1,0/min bis 16,8/min, war im Gesamtscore aber in beiden Szenen positiv. Auch die Gesamtscores auf Patientenseite waren dabei positiv. Im verbalen Score überwogen deutlich die negativen Scores, was sich auch in den Gesamtscores (-2,7/min und -0,7/min) widerspiegelte. Dabei waren die Scores auf Patientenseite stets positiv.

4.2.3 Ärztin 2

Bei der Ärztin 2 zeigten sich drei positive und drei negative Gesamtscores. Der niedrigste Score zeigte sich in Szene 6 in der Charakter-Sequenz (-12,0/min) im Bereich Gesten und Mimik, der höchste Score in der Lösungssequenz im paraverbalen Ausdruck von Szene 6 (21,4/min).

Die Ärztin 2 zeigte im Score der Gesten und Mimik eine Varianz von Werten zwischen -12/min und 7,1/min (Tabelle 15). Resultierend ergaben sich Gesamtscores von -3,4/min und 1,8/min in den zwei Szenen. Auf Patientenseite zeigten sich jeweils negative Gesamtscores.

Im paraverbalen Ausdruck zeigten sich Score-Werte mit einer Varianz von -4/min bis 21,4/min, die Gesamtscores waren dabei beide positiv. Im verbalen Ausdruck zeigte Ärztin 2 in beiden Szenen einen Gesamtscore im negativen Bereich (-4,8/min und -2,4/min) mit Einzelscores im Bereich zwischen -8,6/min und 1,4/min. Auf Patientenseite zeigten dabei durchgehend positive oder neutrale Score-Werte.

Tabelle 15: Übersicht der Kommunikationsscores für Ärztin 2

Score pro Minute	Sz*	Ärztin 2				Patientin 1 & Patient 4			
		Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	2	-8,0	-2,7	-2,1	-3,4	-8,0	-12,0	2,1	-6,8
	6	-12,0	1,4	7,1	1,8	-12,0	-18,6	0	-9,7
Paraverbale Elemente	2	-4,0	0	6,4	1,4	16,0	9,3	2,1	8,2
	6	0	4,3	21,4	10,9	20,0	-7,1	0	0
Verbale Aussagen	2	-4,0	-2,7	-8,6	-4,8	0	8,0	8,6	6,8
	6	0	1,4	-7,1	-2,4	16,0	8,6	7,1	9,1

*Sz = Szene

4.2.4 Ärztin 3

Ärztin 3 zeigte einen negativen Gesamtscore (im Bereich Gesten und Mimik in Szene 3). Ansonsten waren alle Gesamtscores bei ihr positiv. Der niedrigste Score zeigte sich in der Lösungssequenz in Szene 7 im Bereich der Gesten und Mimik (-3,2/min). Der höchste Score zeigte sich ebenfalls im Bereich Gesten und Mimik in Szene 7 aber in der Charaktersequenz (18/min). Ärztin 3 zeigte im Score der Gesten und Mimik in Szene 3 durchgehend negative Score-Werte und somit auch einen negativen Gesamtscore von -2,0/min (Tabelle 16), dabei zeigte auch die Patientin negative Score-Werte. In Szene 7 ergab sich ein Gesamtscore von 0,6/min und auf Patientenseite ein Score von 1,9/min. Es zeigte sich also bei negativem Gesamtscore auf ärztlicher Seite auf der Patientenseite ebenso ein negativer Gesamtscore. Bei positivem Score auf ärztlicher Seite zeigte sich auf Patientenseite ebenso ein positiver Score. Dabei zeigten die Gesamtscores auf

Patientenseite jeweils extremere Werte. Im paraverbalen Bereich war zu beobachten, dass die Ärztin auf einen Gesamtscore von 3,1/min (Patientin dabei 5,1/min) und 1,3/min (Patient dabei 3,8/min) kam. Die Patientenscores waren also jeweils höher als die Scores der Ärztin. Im verbalen Ausdruck zeigte sich dieses ebenfalls: Die Ärztin zeigte Gesamtscores von 2,3/min (Patientin 8,2/min) und 3,2/min (Patient 5,7/min). Sowohl in den paraverbalen Einzelscores so wie auch in den verbalen Einzelscores zeigten sich in beiden Szenen auf ärztlicher und Patientenseite nur positive Score-Werte. Ärztin und Patienten zeigten im Gesamtscore immer Scores im gleichen Bereich (positiv oder negativ), die Patienten dabei stets extremere Score-Werte.

Tabelle 16: Übersicht der Kommunikationsscores für Ärztin 3

Score pro Minute	Sz*	Ärztin 3				Patientin 3 & Patient 2			
		Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	3	-2,2	-2,2	-1,7	-2,0	-6,8	-4,4	-7,5	-6,5
	7	18,0	0	-3,2	0,6	-12,0	3,8	3,2	1,9
Paraverbale Elemente	3	3,4	3,3	2,9	3,1	13,6	0,0	3,5	5,1
	7	0	0	3,2	1,3	6,0	6,4	0	3,8
Verbale Aussagen	3	2,3	4,4	1,2	2,3	10,2	6,6	8,1	8,2
	7	12,0	1,3	3,2	3,2	6,0	2,6	9,7	5,7

*Sz = Szene

4.3 Vergleich fachnahes Arztgespräch und fachfernes Arztgespräch

Hier wurden das fachnahe Gespräch (entspricht Kardiologen mit dem Vorhofflimmern-Fall und Nephrologen mit dem Niereninsuffizienz-Fall) mit dem fachfernen Gespräch (Kardiologen mit Niereninsuffizienz-Fall und Nephrologen mit Vorhofflimmern-Fall) verglichen. Aus den Einzelscores der Ärzte und Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen wurden Summen gebildet, welche die Scores im fachnahen bzw. fachfernen Gespräch darstellten.

Im paraverbalen Ausdruck zeigten sich ärztlicherseits sowohl im fachnahen als auch fachfernen Arztgespräch durchweg positive Scores (Tabelle 17-18). Im fachfernen Gespräch zeigten sich deutlich höhere Scores, vor allem in Konflikt- und Lösungssequenz. Die Patienten hingegen zeigten im fachnahen Gespräch höhere Scores im paraverbalen Ausdruck.

Auch im verbalen Ausdruck zeigten die Ärzte und Ärztinnen positive Gesamtscores, im fachfremden Gespräch einen etwas höheren Score (3,5/min) als im fachnahen Gespräch (1,1/min). Dabei gab es jeweils einen negativen Sequenzscore: im fachnahen Gespräch in der Lösungssequenz (-5,2/min), im fachfremden Gespräch in der Konfliktsequenz (-4,9/min). Auf Patientenseite zeig-

ten sich ähnliche Gesamtscores (31,5/min und 32,2/min) in den Konfrontationen mit fachnahen und fachfremden Ärzten und Ärztinnen.

Tabelle 17: Gesamtscores im fachnahen Gespräch

Score pro Minute	Ärzte + Ärztinnen Szene 1-4				Patienten + Patientinnen Szene 1-4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	-4,1	-8,3	-8,1	-5,7	-18	-32,1	-5,3	-20,5
Paraverbale Elemente	5,8	4,3	15,8	9,9	38,1	22,3	9,6	21,6
Verbale Aussagen	5,2	9,7	-5,2	1,1	23,5	32,3	31,6	31,5

Tabelle 18: Gesamtscores im fachfernen Gespräch

Score pro Minute	Ärzte + Ärztinnen Szene 5-8				Patienten + Patientinnen Szene 5-8			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	11,7	10,7	3,3	7,8	-14,3	-8,3	13,1	-1,1
Paraverbale Elemente	12,6	29,2	37,7	27	28,1	-3,9	3	4,7
Verbale Aussagen	24,8	-4,9	1,1	3,5	54,1	14,8	40,1	32,2

4.4 Vergleich zwischen Ärzten und Ärztinnen

Aus den Einzelscores der Ärzte und Ärztinnen wurden Summen gebildet, welche dann die Gesamtscores darstellten (Tabelle 19-20). Im Bereich der Gestik und Mimik zeigten die Ärztinnen einen negativen Gesamtscore (-3,0/min) bei zwei negativen Sequenzscores (-4,2/min und -3,5/min). Die Patienten und Patientinnen zeigten im Gespräch mit den Ärztinnen auch einen negativen Gesamtscore (-21,1/min) bei negativen Einzelscores (-38,8/min, -31,2/min und -2,2/min). Im Gegensatz dazu zeigten die Ärzte einen positiven Gesamtscore (5,1/min) mit nur einem negativen Einzelscore in der Lösungssequenz (-4,9/min). Die Patienten und Patientinnen zeigten im Gespräch mit den männlichen Ärzten zwar auch einen negativen Gesamtscore (-0,5/min), aber deutlich positiver als mit den weiblichen Ärztinnen. Im paraverbalen Ausdruck zeigten die Ärzte und die Ärztinnen vor allem positive Score-Werte. Die Ärzte zeigten dabei einen höheren Gesamtscore (20,9/min), vor allem wegen höherer Einzelscores in Charakter- und Konfliktsequenz. In der Lösungssequenz hingegen zeigten die Ärztinnen einen höheren Einzelscore (33,9/min) im

Vergleich zu den Ärzten (19,6/min). Auf Patientenseite zeigte sich in den Gesprächen mit den Ärztinnen ein höherer Gesamtscore (17,1/min) als im Gespräch mit den Ärzten (9,2/min). Auffällig zeigte sich ein Score von 55,9/min in der Charaktersequenz im Gespräch mit Ärztinnen.

Im verbalen Score zeigten ebenfalls die männlichen Ärzte einen höheren Gesamtwert (6,3/min) als die weiblichen Ärztinnen (-1,7/min). Von Patientenseite zeigte sich ebenso ein etwas höherer Score im Gespräch mit den männlichen Ärzten (33,9/min) als mit den weiblichen Ärztinnen (29,8/min). In den Einzel-Scores zeigten die Ärztinnen einen negativen Score (-11,3/min) in der Lösungssequenz, die Ärzte zeigten positive Scores in allen Sequenzen.

Tabelle 19: Gesamtscores der Ärztinnen

Score pro Minute	Ärztin 2 + Ärztin 3				Patientin 1, Patient 4, Patientin 3, Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	-4,2	-3,5	0,1	-3,0	-38,8	-31,2	-2,2	-21,1
Paraverbale Elemente	-0,6	7,6	33,9	16,7	55,6	8,6	5,6	17,1
Verbale Aussagen	10,3	4,4	-11,3	-1,7	32,2	25,8	33,5	29,8

Tabelle 20: Gesamtscores der Ärzte

Score pro Minute	Arzt 1 + Arzt 4				Patientin 1, Patient 4, Patientin 3, Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Gesten und Mimik	11,8	5,9	-4,9	5,1	6,5	-9,2	10,0	-0,5
Paraverbale Elemente	19,0	25,9	19,6	20,2	10,6	9,8	7,0	9,2
Verbale Aussagen	19,7	0,4	7,2	6,3	45,4	21,3	38,2	33,9

4.5 Thematisierung der Konflikte in den Szenen

Eine Übersicht über die Vereinbarkeit der gefundenen Lösungen mit den Leitlinien ist in Tabelle 21 zu sehen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass in jeder Szene der vorgegebene Konflikt zur Sprache kam und die Ärzte und Ärztinnen diesen aufgegriffen haben.

Tabelle 21: Übersicht über die Konflikte und Konformität der Lösungen mit den Leitlinien

Szene - Patient	Konflikt	Leitlinie eingehalten?
1 - Frau mit Vorhofflimmern	Patientin möchte keine Tabletten und keine elektrische Kardioversion	Teilweise
2 - Frau mit Vorhofflimmern	Patientin möchte keine Tabletten und keine elektrische Kardioversion	Teilweise
3 - Frau mit chron. Niereninsuffizienz	Blutwerte haben sich verschlechtert, Patientin möchte keine Dialyse und selber mitwirken	Größtenteils
4 - Frau mit chron. Niereninsuffizienz	Blutwerte haben sich verschlechtert, Patientin möchte keine Dialyse und selber mitwirken	Größtenteils
5 - Mann mit Niereninsuffizienz	Patient arbeitet im Schichtdienst, isst unregelmäßig, aber gerne, kann sich keine Ernährungsumstellung vorstellen	Teilweise
6 - Mann mit Niereninsuffizienz	Patient arbeitet im Schichtdienst, isst unregelmäßig, aber gerne, kann sich keine Ernährungsumstellung vorstellen	Größtenteils
7 - Mann mit Vorhofflimmern	Patient ist alt, sozial zurückgezogen und möchte keine fremde Hilfe annehmen, regelmäßige Medikamenteneinnahme kann nicht sichergestellt werden, zudem sturzgefährdet	Von Leitlinienlösung abgeraten
8 - Mann mit Vorhofflimmern	Patient ist alt, sozial zurückgezogen und möchte keine fremde Hilfe annehmen, regelmäßige Medikamenteneinnahme kann nicht sichergestellt werden, zudem sturzgefährdet	Von Leitlinienlösung abgeraten

Am deutlichsten wurde dieses in Szene 7 und Szene 8, in welchen sogar ausdrücklich thematisiert wurde, dass in individuellen Fällen die Leitlinie nicht immer befolgt werden müsse. Teilweise wurde sogar aktiv durch die Ärzte und Ärztinnen davon abgeraten. In Szene 1 und Szene 2 wurde die Leitlinientherapie auch der Situation und Meinung der Patientin angepasst. Hier wurde jeweils von ärztlicher Seite die Leitlinientherapie deutlich dargelegt und auch die Konsequenzen aufgezeigt, die sich aus einer anderen Behandlung bzw. keiner ärztlichen Behandlung ergeben könnten. In Szene 3 und Szene 4 wurde auch klar darauf eingegangen, dass die Patientin keine

Dialyse wünsche. In beiden Szenen wurde durch die Ärzte und Ärztinnen wahrgenommen, wie engagiert die Patientin selber versuche, die Krankheit aufzuhalten. Hier wurde die Patientin jeweils durch den Arzt und die Ärztin gelobt und ihr versichert, dass sie alles Mögliche tue, um die Krankheit stabil zu halten. Jedoch waren der Arzt und die Ärztin hier sehr deutlich, dass die Patientin sich mit dem Thema Nierenersatzverfahren beschäftigen müsse. In Szene 4 wurde zusätzlich durch den Arzt dann die Transplantation als Alternative zur Dialyse vorgeschlagen. Am wenigsten trat der Konflikt in Szene 5 in den Vordergrund. In Szene 6 trat der Konflikt dagegen etwas deutlicher hervor, als es um die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme z. B. der Phosphatsenker ging. Dieser Schritt wurde in Szene 5 bewusst oder unbewusst vermieden.

5 Diskussion

Die Umsetzung des 3D-Konzepts in den Filmen kann als erfolgreich angesehen werden, da in allen Szenen die entsprechenden Konflikte zur Sprache kamen und der Schauspieler und die Schauspielerin die Möglichkeit hatten, im Arztgespräch viele Aspekte ihres 3D-Charakters darzustellen. Durch die Videoaufnahmen gab es die Möglichkeit, zusätzlich zu den verbal ausgedrückten Elementen auch die Aspekte der Körpersprache (Dimension der Physiologie des 3D-Charakters) zu betrachten und auszuwerten. Nach dem Prinzip des 3D-Konzepts ist es wichtig, alle Dimensionen des Charakters zu beleuchten und darzustellen, was mithilfe der Filme gelungen ist. Anhand der Diskrepanzen, welche teilweise zwischen den Scores der einzelnen Kategorien der Kommunikation auftraten, wird besonders klar, dass, um einen Charakter vollständig zu verstehen, alle Dimensionen des Charakters betrachtet werden müssen. Das 3D-Konzept bietet die Möglichkeit, den Patienten oder die Patientin vielschichtig zu betrachten und somit individueller im Gespräch beraten zu können.

5.1 Körpersprache und verbale Aussagen

In den Szenen mit den Patienten mit Vorhofflimmern zeigten sich teilweise deutliche Diskrepanzen zwischen der Körpersprache und den verbalen Aussagen der Ärzte und Ärztinnen zum Zeitpunkt des Konfliktes. Häufig kam es zu dem Phänomen, dass sich in der Gestik und Mimik ein negativer Score zeigte, während sich im verbalen Bereich ein positiver Score verzeichnen ließ. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ärzte und Ärztinnen mehr Ablehnung gegenüber den Patienten und Patientinnen und ihren Bedenken und Vorstellungen verspürten, als sie verbal ausdrückten. Die Körpersprache und Stimme sind wichtige Indikatoren dafür, da diese in Situationen, in denen sich Menschen gestresst fühlen, am ehesten unbewusst und spontan gesteuert werden (Argyle 2013). In der Konfliktsequenz zeigten neben den Ärzten und Ärztinnen auch die Patienten und Patientinnen Elemente der ablehnenden Körpersprache und auch der paraverbale Ausdruck war dort häufig von dynamischen Elementen, welche für emotionale Erregung sprechen (Argyle 2013), geprägt.

In den Lösungssequenzen zeigten sich in allen Vorhofflimmern-Szenen Anzeichen dafür, dass die Patienten und Patientinnen die Lösungen akzeptierten. Die Scores der Körpersprache waren positiver, der paraverbale Ausdruck deutlich ruhiger und die verbalen Scores positiv. Die Ärzte und Ärztinnen zeigten in den Lösungssequenzen häufig noch negative Scores im Bereich der Körpersprache. Dieses könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ärzte und Ärztinnen mit der gefundenen Therapie und Lösung nicht komplett zufrieden waren und ablehnende Emotionen verspürten, welche sich durch die, vermutlich unbewusst, ablehnende Körpersprache bemerkbar

machten. Gerade für viele junge Ärzte und Ärztinnen bieten klinische Leitlinien häufig das Gefühl von Sicherheit und es entstehen Ängste davor, dass die Patientenversorgung bei Nichteinhalten der Leitlinie leidet (Manikham et al. 2015). So ist es denkbar, dass eine von der Leitlinie abweichende Therapie bei den Ärzten und Ärztinnen Gefühle des Unwohlseins auslöste. Zusätzlich war in Szene 7 und 8, in denen der Sohn des Patienten zum Gespräch mit jeweils Arzt und Ärztin kam, zu beobachten, dass die Scores im Bereich der Körpersprache des Sohnes des Patienten deutlich gemäßiger ausfielen als in den anderen Szenen, in denen die Patienten selbst agierten. Dies könnte auch Ausdruck davon sein, dass der Sohn des Patienten zwar emotional involviert, aber nicht direkt selbst betroffen war und so beispielsweise keine stark ablehnende Körpersprache zeigte, während der Konflikt thematisiert wurde. Im Umgang mit Angehörigen von Patienten und Patientinnen sollte in Betracht gezogen werden, dass diese häufig besonderen emotionalen Anforderungen ausgesetzt sind, z. B. in einer Doppelrolle als wichtige Unterstützer des Patienten oder der Patientin und als Betroffener oder Betroffene selbst, und daher ebenso einer auf sie zentrierten Kommunikation bedürfen (Preisler & Goerling 2016). Generell ist zu berücksichtigen, dass dem Familienkonstrukt eine zentrale Rolle bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen zukommt (Wilz & Meichsner 2012), die entsprechende familienzentrierte Kommunikation im Krankenhausalltag mit einer durchschnittlichen Zeit von einer Minute pro Angehörigengespräch allerdings häufig zu kurz kommt (Häuser & Schwebius 1999). Um den Umgang mit Angehörigen, gerade in Extremsituationen wie auf der Intensivstation, zu schulen, werden Kommunikationstrainings empfohlen (Hönig & Gündel 2016).

In den Szenen, in denen die Niereninsuffizienz-Patienten und -Patientinnen zum Arztgespräch kamen, zeigten sich verschiedene Aspekte. In Szene 3 und 4, in der die Patientin mit der terminalen Niereninsuffizienz zur Dialyse beraten wurde, waren die ärztlichen Scores der Körpersprache in den Lösungssequenzen ebenso wie in den vorherigen Szenen negativ, bei teilweise positiven Scores im verbalen Bereich. Dieses könnte auch hier ein Zeichen dafür sein, dass die gefundene Lösung noch ablehnende Gefühle bei Arzt und Ärztin auslöste, diese aber vor allem durch die Körpersprache transportiert wurden und nicht durch den verbalen Ausdruck. Dass die Körpersprache Emotionen stärker ausdrückt als das Gesprochene, ist beschrieben (Argyle 2013, Sollmann 2016). In der patientenzentrierten Kommunikation ist es besonders wichtig, sich als Arzt oder Ärztin seine eigene Körpersprache und deren Wirkung immer wieder bewusst zu machen (Dumont & Schüller 2016). In Szene 5 und 6 hingegen zeigten Arzt und Ärztin in den Konflikt- und Lösungssequenzen vorwiegend zustimmende Elemente der Körpersprache, was zu positiven Scores führte. Dabei zeigten sich dann aber teilweise negative Scores im verbalen Bereich. Hier also eher ein entgegengesetztes Phänomen, dass in der Körpersprache positivere Emotionen ausgedrückt werden, als der Inhalt des Verbalen war. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass Arzt und Ärztin mit der Körpersprache bewusst oder unbewusst ermutigen oder Empa-

thie entgegenbringen möchten, auch wenn negative Nachrichten verbal transportiert werden. Gerade beim Überbringen schlechter Nachrichten kann eine ruhige und zugewandte nonverbale Kommunikation entscheidend dazu beitragen, dass die Patienten und Patientinnen sich gut behandelt fühlen (McHenry et al. 2012).

Aus diesen Gründen wäre es sinnvoll, wenn im Medizinstudium ein besonderer Fokus nicht nur auf die verbale Kommunikation sondern auch auf die nonverbale Kommunikation gelegt würde. Mit einem Training mithilfe des 3D-S Konzepts kann die Sicht auf die Vielschichtigkeit eines Patientencharakters eingeübt werden, aber es lässt sich auch der Blick für die verschiedenen Dimensionen der ärztlichen Kommunikation schärfen.

5.2 Betrachtung der Therapievorschläge im Kontext der Leitlinie

5.2.1 Vorhofflimmern-Fälle

Die beiden Patientenfälle mit Vorhofflimmern unterschieden sich stark. Zum einen ging es um eine relativ junge, sonst gesunde Frau, zum anderen um einen hochbetagten, älteren Mann. Für beide gilt grundsätzlich dieselbe Leitlinie. In Szene 7 wird durch die Ärztin zusätzlich der Aspekt aufgegriffen, dass Leitlinien häufig auf einem selektierten Patientenkollektiv beruhen, welches mit realen Patienten und Patientinnen häufig wenig gemeinsam hat (Überall 2016) und man diese Leitlinien dann auf die Patienten und Patientinnen anpassen muss. Mit dem 3D-S Fall des alten Mannes mit Sturzneigung wurde genau die Berücksichtigung dieses Aspektes aufgegriffen, wobei die Sturzneigung und die damit einhergehende Blutungsgefahr durchaus z. B. mit dem HAS-BLED-Score in der Leitlinie bedacht werden kann (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. 2017). In Szene 1 und 2 wurde aufgrund des Charakters und den Ansichten der Patientin von der zum Drehzeitpunkt gültigen Leitlinie abgewichen. Die Krankheits-theorie der Patientin („Das Vorhofflimmern kommt vom Stress“) wurde durch den Arzt in Szene 1 aufgegriffen und er stellte klar, dass nicht alle Mechanismen der Entstehung von Vorhofflimmern komplett aufgeklärt seien, der Stress also durchaus ein Einflussfaktor sein könne, aber nicht sein müsse. Die Anerkennung von psychischen Einflussfaktoren auf „somatische Erkrankungen“ entspricht hier der Betrachtungsweise des biopsychosozialen Modells (Engel 1980). Auf den Wunsch der Patientin nach einer Behandlung durch ihre Heilpraktikerin wurde eingegangen. Der Arzt bemerkte dazu, dass er nicht wisse, ob Heilpraktiker Methoden hätten, das Vorhofflimmern zu durchbrechen. Ärzte stehen komplementären oder alternativen Heilmethoden häufig skeptisch gegenüber (Münstedt et al. 2011) und auch in diesem Fall wurde die Skepsis dargelegt, jedoch in einer „Ich-Aussage“, welche die Wertung des Wunsches der Patientin vermied und klar kommunizierte, dass es sich um die persönliche Meinung des Arztes handelte. Dieses ist ein Beispiel für die Anwendung einer „guten Kommunikation“ im Sinne von Schultz von Thuns Prinzipien (Schultz

von Thun 2013). Als die Patientin in Szene 2 zuerst lachend betonte, dass sie sich noch mit ihrer Heilpraktikerin besprechen wollte, reagierte die Ärztin zunächst ebenso mit einem Lachen. Es folgte eine abwehrende Körperhaltung und Mimik der Patientin. Daraufhin wurde auch der Tonfall der Ärztin ernster und diese sagte dann deutlich, dass „Heilpraktiker die Rhythmusstörung nicht beendet kriegen“. Den Krankheitstheorien und Heilungstheorien (z. B. Yoga, Stressvermeidung, Nasenatmung) wurde in dieser Szene durch die Ärztin widersprochen („Das geht halt nicht“). Heute ist bekannt, dass Yoga durchaus die Lebensqualität bei Patienten und Patientinnen mit Vorhofflimmern anheben und die Herzfrequenz sowie den Blutdruck senken kann (Wahlstrom et al. 2017). Als Argument für das Einhalten der Leitlinie wird der Schutz vor einem Schlaganfall oder einer Herzschwäche genannt. Der Arzt in Szene 1 wies die Patientin auf das Restrisiko des Schlaganfalls hin und betonte, dass er es auch so dokumentieren würde, dass die Patientin keine Blutverdünnung wünsche. Hier zeigte sich vielleicht der Drang des Arztes, wenn er nicht leitliniengerecht behandelt, festzuhalten, dass dies auf Wunsch der Patientin geschieht (und nicht ein Versehen oder gar Fehler seinerseits war). Viele junge Ärzte und Ärztinnen fühlen sich bei der Behandlung nach Leitlinien sicherer vor Klagen von Patienten und Patientinnen (Manikham et al. 2015). Eine nachvollziehbare Dokumentation von Diagnostik- und Behandlungsschritten sowie über den Austausch mit Patienten und Patientinnen über Therapiealternativen ist ein wesentlicher Ansatzpunkt, um das Gefühl der Unsicherheit, das dem ärztlichen Handeln innewohnt, besser aushalten zu können (Ghosh 2004). Die medizinische Dokumentation ist eine wichtige ärztliche Kompetenz, welche in den Curricula, neben anderen Kompetenzen, die für den klinischen Alltag auf Station unabdingbar sind, wenig im Studium bedacht wird (Howard et al. 2014). Die in Szene 7 und 8 vorgeschlagene Therapie mit ASS 100 war zum Zeitpunkt der Erstellung der Videos noch in der Leitlinie als Möglichkeit aufgeführt (Darius et al. 2012). In der aktuellen Leitlinie wird dieses beispielsweise schon nicht mehr empfohlen (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. 2017). Dies wiederum zeigt, wie wichtig Fortbildung und lebenslanges Lernen für Ärzte und Ärztinnen sind, um nicht aus Unkenntnis Behandlungsfehler zu begehen. Der Arzt in Szene 8 bemerkte außerdem, dass man mit der Einhaltung der Leitlinie in diesem konkreten Fall eher das eigene Gewissen beruhige, als dass die Therapie einen wissenschaftlich erwiesenen Nutzen erbringe. In beiden Szenen wird als Grund zum Nichteinhalten der Leitlinie genannt, dass man dem Patienten damit eher schaden könnte.

5.2.2 Niereninsuffizienz-Fälle

Bei den Fällen der Niereninsuffizienz galt, wie bei den Vorhofflimmer-Fällen, eine Leitlinie für Patient und Patientin, wobei es sich aber um unterschiedliche Stadien und Situationen handelte. Zum einen lag eine lange bekannte Erkrankung vor, welche nun nahezu im Endstadium angekommen war, zum anderen gab eine frische Diagnose, bei der bisher keine Behandlung erfolgt war, die aber bei Diagnosestellung ebenfalls schon eine fast im Endstadium befindliche Niereninsuffizienz war. In Szene 3 und 4 sollte laut Leitlinie die Patientin in diesem Stadium der Nierenin-

suffizienz zumindest ausgiebig zur Dialyse beraten und auch geraten werden, um ggf. mit Einverständnis der Patientin vorbereitende Maßnahmen (z. B. Dialyseshuntanlage) einzuleiten (KDIGO 2013). Die Beratung der Patientin fand auch statt und es wurde deren Wunsch aufgefasst, die Dialyse möglichst lang zu vermeiden. Durch eine weitere Modifikation des Medikamentsplans wurde hier durch den Arzt und die Ärztin versucht diesem Wunsch nachzukommen. In beiden Szenen wird durch Arzt und Ärztin betont, dass die Patientin sich dennoch mit der Leitlinientherapie (Dialyse) auseinandersetzen müsse. Der Arzt in Szene 4 brachte als zusätzliche Alternative die Möglichkeit der Nierentransplantation an und bot der Patientin auch ein weiteres Gespräch gemeinsam mit einem potenziellen Spender an. Die Ärztin in Szene 3 begründete den Wunsch nach dem Vorgehen nach Leitlinien damit, dass eine mögliche Notfallsituation so vermieden werden könne, welche für die Patientin unangenehm und komplikationsträchtig sein könnte. Sie war der Meinung, dass nur, wenn man das Thema Dialyse in Ruhe anginge, gemeinsam die beste Möglichkeit für die Patientin gefunden werden könne.

In Szene 5 wurde die Leitlinie für chronische Niereninsuffizienz (KDIGO 2013) größtenteils eingehalten. Die multimodale Therapie aus Tabletten, Hormonspritzen und Ernährungsberatung wurde eingeleitet. In dieser Szene wurde der Konflikt (Ernährungsumstellung und regelmäßige Medikamenteneinnahme während des Schichtdiensts) erst relativ spät thematisiert (ab Minute 8:47) und durch den Arzt sofort relativiert. Der Arzt betonte, wie praktisch es sei, dass der Patient gerne koche, so könne er die Umstellung gut bewältigen und es als Herausforderung nehmen. Ob der Arzt den abenteuerlustigen Charakter aus seiner vorherigen Schilderung der Camping- und Wanderurlaube erahnt hatte und die Ernährungsumstellung deswegen als Herausforderung darstellte, bleibt ungewiss. Ein möglicher Faktor für die fehlende Dominanz des Konflikts in dieser Szene könnte außerdem sein, dass der Arzt mit diesem Krankheitsbild und den entsprechenden Leitlinien, sowie den möglichen Konsequenzen aus dem Nichteinhalten der Leitlinie, nicht so vertraut war wie mit Krankheiten aus seinem eigenen Spezialgebiet. Andererseits wurde bei anderen Krankheitsbildern ebenso beschrieben, dass die Kenntnis von Leitlinien nicht zwingend zur Anwendung führt (Karbach et al. 2011). Entscheidende Informationen für den Konflikt, wie z. B. die Wichtigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu den Mahlzeiten, wurden kaum thematisiert. Dazu passend zeigten sich im Vergleich zwischen den fachfremden und fachnahen Gesprächen im fachfremden Gespräch deutlich höhere Scores in der Körpersprache auf ärztlicher Seite. Auch im verbalen Bereich zeigten sich höhere Scores. Dieses ließe den Rückschluss zu, dass im Gespräch über die besser bekannte Krankheit mehr ablehnende Emotionen in der Körpersprache und verbal ausgedrückt wurden. Dafür könnte der bereits genannte Aspekt, dass die Behandlung mit der Leitlinie Ärzten und Ärztinnen häufig vermeintliche Sicherheit gibt (Manikham et al. 2015), mitverantwortlich sein. In Szene 6 wurde die Leitlinie ebenfalls zu großen Teilen befolgt. Der Konflikt trat in dieser Szene deutlich früher auf (Minute 4:30) als in Szene 5. Dieses lag

vermutlich daran, dass die Ärztin als erstes die Ernährungsumstellung ansprach. Zudem erwähnte sie mehrere Medikamente, die der Patient einnehmen müsse. Als Grund für das Befolgen der Leitlinie nannte die Ärztin, dass die Nierenfunktion sich ansonsten stetig verschlechtern würde und man die Nierenerkrankung ernst nehmen müsse. Ein Lösungsvorschlag der Ärztin war hier, dass der Patient seinen Alltag (Schichtdienst) an die Krankheit und Therapie anpassen könne.

In den Niereninsuffizienz-Fällen gab es vielfach Ansätze der Ärzte und Ärztinnen das Patienten-Empowerment zu stärken. Dafür ist das Bereitstellen von umfassenden Informationen ein wichtiger Bestandteil (Kambhampati et al. 2016). In Szene 3 bot die Ärztin der Patientin Broschüren zu den unterschiedlichen Dialyseverfahren an und in Szene 5 und 6 wurden dem Patienten in beiden Fällen Informationen zur Ernährung bei Nierenschwäche ausgehändigt. Das Patienten-Empowerment ist eine wichtige Grundlage, damit das „shared-decision-making“-Prinzip in der Praxis angewendet werden kann (Kambhampati et al. 2016).

5.3 Unterschiede zwischen Männern und Frauen

Im Gesamtscore der Gestik und Mimik zeigten die Ärztinnen einen niedrigeren Wert, also mehr ablehnende Gesten, als die Ärzte, die Scores der Patienten und Patientinnen waren jedoch ebenso niedriger im Kontakt mit den Ärztinnen. Frauen (und damit auch Ärztinnen) sind Männern im Decodieren von Körpersprache und Emotionen überlegen (Argyle 2013, Roter et al. 2005). Deshalb könnten die negative Gesamtscore-Werte der Ärztinnen als eine Reaktion auf die wahrgenommenen Emotionen der Patienten und Patientinnen erklärt werden, welche Frauen besser wahrnehmen als Männer. Als Reaktion auf wahrgenommene, ablehnende Körpersprache von Patienten und Patientinnen zeigten mutmaßlich auch Ärztinnen dann vermehrt ablehnende Elemente bzw. weniger zustimmende Elemente, sodass ein niedriger Score zustande kam. Dieses könnte eine Erklärung für die niedrigen Scores der Ärztinnen in diesem Projekt sein, denn generell verwenden eigentlich Ärztinnen häufiger bestärkende nonverbale Kommunikation wie Kopfnicken, Augenkontakt und Lächeln als Ärzte (Hornberg et al. 2016). In der Lösungssequenz war der Score der Gesten und Mimik bei Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen am positivsten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ärztinnen und Patienten und Patientinnen hier zu Lösungen kamen, welche bei den Patienten und Patientinnen Zufriedenheit und Zustimmung erwarfen, denn sowohl in der Körpersprache als auch im Verbalen zeigten sie die positivsten Score-Werte im Kontakt mit den Ärztinnen. Die Ärztinnen zeigten hingegen einen nahezu neutralen Gesamtscore im Bereich der Gestik und Mimik und einen negativen verbalen Gesamtscore. Im Vergleich zu Charakter- und Konfliktsequenz war der Score der Gestik und Mimik der Ärztinnen in der Lösungssequenz am höchsten, ebenso vermutlich als ein Zeichen für die emotionale Akzeptanz der Lösung, auch wenn der verbale Gesamtscore dieses nicht in diesem Maße abbildete. Die männlichen Ärzte zeigten hingegen in der Lösungssequenz einen negativen Score im

Bereich Gestik und Mimik, während die Patienten und Patientinnen im Kontakt mit diesen hier einen deutlich positiven Score erreichten. Im verbalen Bereich zeigten die Ärzte sowie die Patienten und Patientinnen im Kontakt mit den Ärzten während der Lösungssequenz positive Scorewerte. Jedoch könnte auch die schlechtere Decodierungsfähigkeit von männlichen Ärzten und Männern allgemein (Argyle 2013, Roter et al. 2005) Einfluss darauf haben, dass die Ärzte während der Lösungssequenz vermehrt ablehnende Elemente der Körpersprache zeigten. Denkbar wäre, dass die Ärzte aufgrund schlechterer Decodierungsfähigkeiten die positive Stimmung der Patienten und Patientinnen, welche durch Körpersprache sowie verbal ausgedrückt wurde, schlecht erkannt haben. Ein Erkennen dieser hätte zu einer gespiegelten zustimmenden Reaktion seitens der Ärzte führen können, welche in einem positiveren Score der Körpersprache hätte abgebildet werden können. Ein zusätzlicher Aspekt zur Erklärung der Diskrepanz zwischen den positiven Gesamtscores der Körpersprache der Patienten und Patientinnen den negativen Scores der Ärzte könnte das Phänomen sein, dass Ärzte und Ärztinnen die Emotionen von Patienten und Patientinnen häufig viel negativer wahrnehmen, als die Patienten und Patientinnen ihre eigenen Emotionen wahrnehmen (Roter et al. 2005).

Auch im paraverbalen Gesamtscore zeigten die Ärztinnen einen niedrigeren Wert, allerdings war dieser positiv, genau wie der Gesamtscore der Ärzte. Der Unterschied zu den Ärzten war in dieser Kategorie der Kommunikation am geringsten. Auch im verbalen Gesamtscore zeigten die Ärztinnen einen niedrigeren Wert als die Ärzte. In einer Überprüfung der Kommunikationskompetenz nach einem Kommunikationstraining, welches sich vor allem auf verbale Aspekte fokussierte, zeigten hingegen Medizinstudentinnen bessere Ergebnisse (Bachmann et al. 2013). Somit wäre anzunehmen, dass auch die Ärztinnen im verbalen Bereich höhere Scores als die Ärzte hätten erzielen müssen. Allerdings wird die Studienlage durchaus als kontrovers beschrieben (Hornberg et al. 2016). Der beschriebene Unterschied, dass Ärztinnen längere Gespräche führen als ihre männlichen Kollegen (Löffler-Stastka et al. 2016), zeigte sich während dieses Projekts beispielsweise nicht, denn es bestand kein signifikanter Unterschied in der Gesamtgesprächsdauer der Ärztinnen und Ärzte.

5.4 Erkenntnisse für den möglichen Einsatz des 3D-S in der Weiterentwicklung von Kommunikationstrainings

Viele Universitäten bieten Kommunikationstrainings für die Studierenden an. Nach einem zweistündigen Kommunikationstraining sahen Studierende positive Effekte in den Gebieten Selbstbewusstsein sowie Kommunikationsfähigkeiten und erzielten bessere Ergebnisse in der Überprüfung der Kommunikationsfähigkeiten (Bachmann et al. 2013). In vielen Kommunikationstrainings ist die verbale Kommunikation der Hauptfokus des Kurses (Schultz et al. 2007). Trotz dieser

Trainings zeigen sich teilweise bei Medizinstudierenden am Ende des Studiums Defizite im Bereich Kommunikation, Empathie und Patientenzentriertheit (Bachmann et al. 2017). Beispiele für Kommunikationsmittel im verbalen Bereich, deren Einsatz in Gesprächsführungskursen geübt werden kann, zeigten sich bei diesem Projekt z. B. in Szene 1 (Minute 1:56) oder in Szene 7 (Minute 2:38). Hier wurden beispielsweise Elemente des aktiven Zuhörens wie Nicken und zustimmende Laute, sowie Paraphrasierungen und Verständnisfragen genutzt. Da durch die nähere Betrachtung der Körpersprache der Ärzte und Ärztinnen sowie Patienten und Patientinnen auffiel, dass sich verbale Aussagen und Körpersprache nicht immer stimmig verhielten, könnte auch das Interpretieren und Einsetzen von bestimmten Elementen der nonverbalen Kommunikation für Trainings interessant sein. Damit könnte vermieden werden, dass die mühsam erlernte „gute“ verbale Kommunikation durch eine abweisende Körpersprache von Arzt oder Ärztin zunichte gemacht wird. Als Beispiele könnte Sequenzen gezeigt werden, in denen die Körpersprache des Patienten oder der Patientin abwehrend war, wie z. B. in der Konfliktsequenz von Szene 6 (Minute 9:21), als der Patient beschreibt wie schwierig eine regelmäßige Medikamenteneinnahme für ihn wäre und sich dabei mit hochgezogenen Augenbrauen im Stuhl sehr weit zurücklehnt, oder Szene 4 (Minute 4:39), als der Arzt der Patientin erzählt, dass sich ihre Nierenfunktion vermutlich nicht mehr verbessern wird und die Patientin zunächst eine abwehrende Mimik zeigt (zusammengekniffene Augenbrauen, hängende Mundwinkel usw.) und dann die Stirn gegen die Hand legt. Hieran könnten Studierende lernen, Elemente der ablehnenden Körpersprache bei Patienten und Patientinnen zu identifizieren. Außerdem ist das Decodieren von Emotionen ein wichtiger Aspekt der Sensibilität von Ärzten und Ärztinnen, welche bei Patienten und Patientinnen eine höhere Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation hervorruft (diMatteo et al. 1979). Zudem gibt es Hinweise dafür, dass die nonverbale Expressivität die Patientenzufriedenheit sogar mehr beeinflusst als verbale Kommunikationsfähigkeiten (Roter et al. 2005). Neben dem Decodieren von Emotionen der Patienten und Patientinnen könnte jedoch auch das bewusste Einsetzen nonverbaler Kommunikationselemente zur Unterstützung der verbalen Äußerungen geübt werden. Außerdem sollte auf geschlechtsspezifische Aspekte im Bereich der verbalen und nonverbalen Kommunikation bei der Weiterentwicklung von Trainings gezielt hingewiesen werden (Hornberg et al. 2016). Ebenso wird das Einschätzen von Patienten und Patientinnen aus anderen Kulturkreisen immer wichtiger (Pluntke 2017), demnach könnte es auch sinnvoll sein, in Simulationen und/oder Lernfilmen Patienten oder Patientinnen bzw. Schauspieler und Schauspielerinnen aus anderen Kulturkreisen einzubinden, um auch den Umgang mit diesen zu trainieren.

Das Lernen am Vorbild ist ein weiteres wichtiges didaktisches Mittel in der Medizin, auch um ganzheitliche Patientensichtweisen zu demonstrieren (Weissmann et al. 2006). Hierfür könnten sich also Sequenzen zur Demonstration im Kommunikationstraining eignen, in denen Ärzte oder Ärztinnen einen besonders positiven Score in der Körpersprache erreichten. In diesem Projekt

zeigten sich positive Beispiele z. B. in der Konflikt-Sequenz in Szene 1 (Minute 4:36), in der der Arzt während der Schilderung der Abneigung gegen Tabletten der Patientin den Blickkontakt hält, zustimmend nickt und kurze bestätigende Worte und Laute äußert um das Zuhören zu signalisieren oder in der Charakter-Sequenz in Szene 7 (Minute 8:57), in der die Ärztin vorgebeugt sitzt und ebenso durch Blickkontakt und zustimmende Laute Aufmerksamkeit zeigt. Auch Beispiele für ablehnende Körpersprache der Ärzte und Ärztinnen könnten gezeigt werden (Sequenzen, in denen der Score für Gestik und Mimik besonders niedrig ist). Bei diesem Projekt fanden sich diese z. B. in Szene 2 (Min. 10:44), in der die Ärztin die Augenbrauen hochzieht und dann den Blickkontakt abbricht, als die Patientin ihre Sichtweise darlegt, oder in Szene 4 (Minute 8:47), in der der Arzt die Hände verschränkt auf dem Tisch hält und wenig lächelt. Genauso könnten eigene Filme gedreht werden, in denen Studierende bei sich selbst oder bei Kommilitonen sowohl zustimmende als auch ablehnende Elemente der Körpersprache identifizieren und damit für diese sensibilisiert werden. Auch der Ansatz Ärzte und Ärztinnen als Schauspieler zu besetzen, um bestimmte Aspekte noch stärker zu akzentuieren, könnte viele Lernmöglichkeiten bieten. Für das Medium Film spricht, dass bereits gezeigt wurde, dass Videoclips von Patientenfällen vermutlich effektiver sind um patientenzentrierte Sichtweisen zu trainieren als Papierfälle (Pedersen et al. 2018). Das Bearbeiten von Papierfällen sorgt bei den Studierenden eher für emotionale Distanz zu Geschichten und Gefühlen der Patienten und Patientinnen (Kenny & Beagan 2004). Dabei sollte aber auf eine strukturierte Einbindung der Filmausschnitte in den Unterricht geachtet und den Studierenden Anleitung gegeben werden (de Leng et al. 2007). Dies könnte unter anderem dadurch geschehen, dass die Clips der Sequenzen so kurz wie nötig gehalten und lieber häufiger wiederholt werden, damit die Studierenden möglichst aktiv bleiben.

In einem Projekt, bei dem verschiedene kurze Clips der Fernsehserie „Grey’s anatomy“ mit Assistenzärzten und -ärztinnen angesehen und im Hinblick auf Professionalität, Kommunikation und ethische Entscheidungsfindung diskutiert wurden, stimulierte dieses die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zur (Selbst)-Reflexion (Pavlov & Dahlquist 2010). Ebenso wird die Chance, durch Spielfilme an ethische Dilemmata in der Medizin heranzuführen, beschrieben (Kailer 2015). Konzipierte Lernfilme bieten die Möglichkeit explizit bestimmte Aspekte zu trainieren. Nach einer kurzen Einführung in die Arbeitsweise des 3D-S könnten die Studierenden Lernfilme bzw. einzelne Abschnitte anschauen und ihre eigene 3D-Synopse erstellen, um ganzheitliche Sichtweisen auf Patienten und Patientinnen zu üben. Dabei könnten die Videos auch immer wieder gestoppt werden, um die Reaktionen der Akteure und Akteurinnen zu diskutieren und ggf. Verbesserungsvorschläge anzubringen. Ebenso könnte Reflexion darüber stattfinden, wie die einzelnen Studierenden in der Situation gehandelt hätten. Die verschiedenen erstellten Synopsen könnten diskutiert werden und anhand derer individuelle Therapieansätze entwickelt werden. Hierbei könnten dann auch die verschiedenen Therapieoptionen für Erkrankungen wiederholt und besprochen

werden. Interessant wäre dann zu überprüfen, ob Studierende, welche nach dem Konzept des 3D-S arbeiten, andere Lösungen für Patienten und Patientinnen finden als Studierende, welche den 3D-S nicht kennen und ob sich daraus gegebenenfalls eine höhere Patientenzufriedenheit ergeben würde.

5.5 Limitation und Stärken der Studie

Da das Projekt als Pilotprojekt für den Studierendenunterricht ausgelegt war, lag der Fokus auf der konzeptionellen Entwicklung und Analyse der Lernfilme für den möglichen weiteren Gebrauch im Unterricht. Hierfür sollte die Kommunikation der individuellen Ärzte und Ärztinnen im Gespräch mit den 3D-Charakteren intensiv untersucht werden. Die Aussagen über Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen oder fachnahen und fachfremden Gesprächen müssen jedoch vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass es sich nur um zwei Ärzte und zwei Ärztinnen handelte und individuelle Verhaltensweisen sehr stark in die Gesamtscores einfließen. Um individuelle Phänomene zu minimieren, wäre ein größeres Kollektiv an Versuchspersonen nötig oder die Arztrolle müsste auch durch Schauspielerinnen und Schauspieler mit bestimmten vorgegebenen Reaktionen übernommen werden. Zudem muss bedacht werden, dass die Ärzte und Ärztinnen, welche sich freiwillig für ein solches Projekt melden, ggf. ein besonderes Interesse für Kommunikation und ärztliche Weiterbildung haben und sich ggf. in diesem Bereich besonders fortgebildet haben. Ob das Ärztekollektiv repräsentativ ist, müsste mit weiteren, größer angelegten Studien überprüft werden. Ebenso müsste untersucht werden, ob sich die hier beobachteten Unterschiede in einem größeren Studienkollektiv reproduzieren lassen, z. B. dass Ärztinnen im Kontakt mit den 3D-Patienten und 3D-Patientinnen eine stärker ablehnende Körpersprache zeigen als Ärzte. Dabei wären dann auch die Berechnung von Mittelwerten und weitere statistische Tests sinnvoll. Für eine statistische Betrachtung war die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte zu klein, weswegen auch keine weitere Berechnung von Mittelwerten und statistischen Überprüfungen in dieser Arbeit vorgenommen wurden.

Eine weitere Limitation der Untersuchung könnte der Einsatz von Improvisationsschauspielern und -schauspielerinnen in den Patientenrollen sein. Jedoch ist bekannt, dass durch Schauspielpatienten und -patientinnen in Simulationen nahezu echte Emotionen bei Ärzten und Ärztinnen oder Studierenden hervorgerufen werden können (Ziv et al. 2003). Außerdem lassen sich die Patientinnen und Patienten durch die Schauspielerinnen und Schauspieler standardisiert im gewünschten Charakter und Konflikt darstellen. Die (Schauspiel)-Patienten und -Patientinnen dienen daher als Referenz zum Verhalten der Ärzte und Ärztinnen, da dieses immer ein Wechselspiel aus Aktion und Reaktion ist und man nicht ausschließlich das ärztliche Kommunikationsverhalten betrachten kann ohne den Kontext zu bedenken. In diesem Pilotprojekt gibt der Score der

Gestik und Mimik einen Hinweis darauf, welche Art von Elementen in der Körpersprache vorwiegend eingesetzt werden. Dabei muss beachtet werden, dass die Gestik stark von kultureller Prägung abhängig ist, was zu Verzerrungen in der Decodierung führen kann (Argyle 2013). Manche Körperhaltungen und Gesten sind zudem individuelle Angewohnheiten bei bestimmten Emotionen oder Gesprächsthemen, die nur decodiert werden können, sofern man die Person gut kennt (Argyle 2013). Der Score der paraverbalen Elemente hat daher die Schwäche, dass man in diesem Kontext die Attribute positiv und negativ unterschiedlich auslegen könnte. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die emotionale Anteilnahme in Form von Dynamik im stimmlichen Ausdruck als positiv gewertet. Dieses geht mit dem positiven Verbalscore einher, bei dem die direkte Ausführung von persönlichen Meinungen und Emotionen als positiv gewertet wurde (z. B. „Ich-Aussage“). Jedoch könnte auch argumentiert werden, dass ein lautes oder schnelles Sprechen des Arztes oder der Ärztin ein Anzeichen für Aggressivität sein kann. Da emotionale Erregungszustände wie Freude und Begeisterung paraverbal ähnliche Elemente zeigen wie Ärger (z. B. Veränderung der Stimmhöhe, der Lautstärke oder der Geschwindigkeit) ist eine Unterscheidung daher extrem schwierig (Argyle 2013). Für die Betrachtung der verbalen Kommunikation wurden die Kommunikationsprinzipien von Schultz von Thun zur „guten“ verbalen Kommunikation zugrunde gelegt (Schultz von Thun 2013). In dem Score sollten sich sowohl diese Prinzipien abbilden sowie auch Zustimmung bzw. Ablehnung, welche nicht unter diesen Kommunikationsprinzipien erfasst wurde. Ein bestehender Score, welcher diese beiden Dimensionen vereint, konnte nicht ausfindig gemacht werden, sodass ein eigener Score erstellt wurde und kein bereits überprüfter Score verwendet wurde.

Trotz der genannten Einschränkungen hat die Analyse der Filme wichtige Aspekte über die Eignung des 3D-S zur Betrachtung ganzheitlicher Sichtweisen geliefert. Die Konzipierung von Patientenfällen nach dem 3D-Prinzip provozierte eine Auseinandersetzung zwischen der Vereinbarkeit von leitliniengerechter Therapie und individuellen Überzeugungen und Lebensumständen von Patienten und Patientinnen. Die Herausforderung, diese Problematik im ärztlichen Alltag zu bewältigen, bedarf eines Trainings bereits im Studium. Zudem wurde herausgestellt, wie diskrepant sich verbale und nonverbale Kommunikation verhalten können und dass es daher von enormer Wichtigkeit ist, diese eingehender zu betrachten und zu trainieren. Im Konzept des 3D-S lassen sich beide Aspekte vereinen: die Auseinandersetzung mit Leitlinien und Therapiealternativen sowie das Training von verbaler und nonverbaler Kommunikation.

6 Zusammenfassung

In der medizinischen Ausbildung ist das Lernen am Patientenfall ein wichtiger Bestandteil. Dabei sollen Studierende vor allem das Erkennen und Einordnen von Symptomen in Krankheitsbilder erlernen und gleichzeitig soll bei der Bearbeitung das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde gelegt werden. Das Prinzip des „shared decision making“ lernen Studierende in der Arzt-Patienten-Beziehung anzustreben. Es setzt jedoch auch eine aktive Mitarbeit und Informiertheit des Patienten oder der Patientin voraus. Eine wichtige ärztliche Kompetenz ist daher das umfassende Beraten über Diagnosen und verschiedene Therapiemöglichkeiten sowie das Eingehen auf individuelle Persönlichkeiten und Ansprüche von Patienten und Patientinnen. Der 3D-Synopsizer ist ein Instrument, das zur holistischen Patientenbetrachtung entwickelt wurde und die Synopse-Elemente Charakter, Konflikt und Lösung enthält. In dieser Arbeit wurde überprüft, ob der 3D-Synopsizer (3D-S) im medizinischen Unterricht eine geeignete Herangehensweise an eine ganzheitliche Patientenbetrachtung bieten könnte. Zur Analyse für den möglichen Einsatz im Unterricht wurden acht Lehrfilme mit Patientenfällen gedreht, die nach dem 3D-Prinzip konzipiert wurden, d. h. in denen ein Patientencharakter immer durch physiologische, soziologische und psychologische Merkmale gekennzeichnet war. Die individuellen Sichtweisen, Lebensumstände und Bedürfnisse der (Schauspiel-)Patienten und Patientinnen führten in den Arzt-Patienten-Gesprächen, die mit insgesamt vier Ärzten und Ärztinnen geführt wurden, zum Konflikt mit der leitliniengerechten Therapie, wenn diese durch die Ärzte und Ärztinnen vorgeschlagen wurde. Aus den Filmen wurde jeweils eine Filmsequenz pro Synopse-Element des 3D-Synopsizers (Charakter, Konflikt, Lösung) ausgewählt und mit Hilfe des EXMARaLDA-Programms transkribiert. Anschließend erfolgte eine Analyse der verbalen, paraverbalen und nonverbalen Kommunikationselemente in diesen Sequenzen. Es zeigte sich, dass durch die Thematisierung des Konflikts die Ärzte und Ärztinnen teilweise von der Leitlinienempfehlung abweichende Therapiekonzepte vorschlugen, wobei sich zum Teil deutliche Diskrepanzen zwischen dem verbalen Inhalt und der gezeigten Körpersprache fanden. Diese nach dem Prinzip des 3D-Synopsizers konzipierten Filme könnten daher beim Erlernen patientenzentrierter Kommunikation eingesetzt werden, um nicht nur auf Aspekte einer gelingenden verbalen Kommunikation hinzuweisen, sondern um insbesondere wesentliche Aspekte der nonverbalen Kommunikation zu kennen und zu trainieren. Mittels dieser Fertigkeiten könnten Studierende das Prinzip der holistischen Patientenbetrachtung verfeinern und üben, womit schlussendlich in ihrer späteren Arbeiten als Ärzte und Ärztinnen für die Patienten und Patientinnen ein individuelles Therapieangebot gemacht werden kann, was deren persönliche Belange beinhaltet und vermutlich zu besserer Therapietreue führen wird.

7 Summary

In medical education, learning with patient cases is one main component. Students are supposed to learn to identify and integrate symptoms into disease patterns. At the same time, the biopsychosocial model is supposed to be applied to every patient. The principle of „shared decision making“ is supposed to be the doctor-patient-relationship model students should aspire to. However, it needs an informed and active patient who is willing to participate in the decision making process. Therefore, an important competence of physicians is comprehensive counselling about diagnoses and different treatment options as well as being responsive to patients' individual personalities and demands. The 3D-synopsizer is an instrument which was designed to view patients in a holistic way and which comprises the three synopsis elements character, conflict and resolution. This work aimed to investigate, if the 3D-synopsizer (3D-S) could provide a useful approach to provide holistic viewing of patients in medical teaching. Eight teaching films were made with cases which were designed with the 3D-principle, i. e. that the character is always illustrated by physiological, social and psychological attributes in order to analyze their possible use in medical training. The (simulated) patients' individual perspectives, circumstances and desires provoked a conflict with therapies according to the guidelines whenever such therapies were suggested in physician-patient communication with four physicians. From every film, one sequence for each synopsis element (character, conflict, resolution) was selected and transcribed with the EXMARaLDA-programme. Subsequently, the transcripts were analyzed with respect to verbal, paraverbal and nonverbal elements of communication. When the conflict was verbalized, it could be observed that physicians suggested to some extent therapies which deviated from the guidelines, while partially considerable discrepancies between the verbal content and the nonverbal body language could be detected. The 3D-S based films could be used to train patient-centered communication, not only to point out aspects of good verbal communication, but to put a special focus on the knowledge and exercise of nonverbal communication. With these skills, medical students could improve and shape their holistic view on patients. In their future work as physicians, they could use these skills to design individual therapies for their patients which comprise the patients' personal matters and which could potentially lead to better compliance to therapies.

8 Abkürzungsverzeichnis

ASS 100	Acetylsalicylsäure in der Dosierung 100mg
chron.	chronisch/e/r
d. h.	das heißt
EKG	Elektrokardiogramm
ggf.	gegebenenfalls
med.	medikamentös/e
Min.	Minute
NOAK	neue orale Antikoagulanzen
PSP	Physiologie, Soziologie, Psychologie
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VHF	Vorhofflimmern
z. B.	zum Beispiel
3D	dreidimensional
3D-S	3D-Synopsizer

9 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Die drei Dimensionen des Charakters in der Narrative (nach von Kodolitsch).....	9
Abbildung 2: Darstellung des 3D-S im Offline-Modus (Abbildung überlassen von von Kodolitsch)	10
Abbildung 3: Darstellung des 3D-S im Online-Modus (Abbildung überlassen von von Kodolitsch)	11
Abbildung 4: Beispieldarstellung eines Transkripts Szene 1	24
Tabelle 1: Beispiele für Eigenschaften des 3D-Charakters	15
Tabelle 2: Patienten aufgelistet nach PSP-Faktoren der 3D-S-Ansicht.....	17
Tabelle 3: Übersicht über die Szenen mit Spielzeit und Akteuren und Akteurinnen.....	22
Tabelle 4: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung des Ablaufs von Szene 2.....	23
Tabelle 5: Szene 1 - Übersicht Kommunikationsscores	27
Tabelle 6: Szene 2 - Übersicht Kommunikationsscores	29
Tabelle 7: Szene 3 - Übersicht Kommunikationsscores	30
Tabelle 8: Szene 4 - Übersicht Kommunikationsscores	31
Tabelle 9: Szene 5 - Übersicht Kommunikationsscores	32
Tabelle 10: Szene 6 - Übersicht Kommunikationsscores	33
Tabelle 11: Szene 7 - Übersicht Kommunikationsscores	34
Tabelle 12: Szene 8 - Übersicht Kommunikationsscores	35
Tabelle 13: Übersicht der Kommunikationsscores für Arzt 1	37
Tabelle 14: Übersicht der Kommunikationsscores für Arzt 4	37
Tabelle 15: Übersicht der Kommunikationsscores für Ärztin 2	38
Tabelle 16: Übersicht der Kommunikationsscores für Ärztin 3	39
Tabelle 17: Gesamtscores im fachnahen Gespräch.....	40
Tabelle 18: Gesamtscores im fachfernen Gespräch	40
Tabelle 19: Gesamtscores der Ärztinnen	41
Tabelle 20: Gesamtscores der Ärzte	41
Tabelle 21: Übersicht über die Konflikte und Konformität der Lösungen mit den Leitlinien.....	42

10 Literaturverzeichnis

AWMF ONLINE (2018) Leitlinien. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (Abruf 20.06.2018).

ARGYLE M (2013) Körpersprache & Kommunikation Nonverbaler Ausdruck und Soziale Interaktion. 10. überarbeitete Neuauflage, Junfermann Verlag, Paderborn.

BACHMANN C, BARZEL A, ROSCHLAUB S, ERHARDT M, SCHERER M (2013) Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns* 93(2): 298-305.

BACHMANN C, ROSCHLAUB S, HARENDZA S, KEIM R, SCHERER (2017) Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Educ Couns* 100(10): 1874-81.

BITTNER U, ARMBRUST S, KRAUSE F (2013) „Doctor knows best“? - Eine Analyse der Arzt-Patient-Beziehung in der TV-Krankenhauserie Dr. House. *Ethik Med* 25: 33-45.

BRODY H (2011) The House of God - Is It Pertinent 30 Years Later? *Virtual Mentor, AMA J Ethics* 13(7): 499-502.

CHISTAKIS DA, FEUDTNER C (1993) Ethics in a short white coat, the ethical dilemmas that medical students confront. *Acad Med* 68(4): 249-54.

DARIUS H, BOSCH R, HINDRICKS G, HOFFMEISTER HM, ISRAEL C, KIRCHHOF P, WILLEMS S (2012) Pocket-Leitlinie: Leitlinien für das Management von Vorhofflimmern, Fokus Update 2012, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg S. 19.

DE LENG B, DOLMANS D, VAN DE WIEL M, MUIJITJENS A, VAN DER VLEUTEN C (2007) How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. *Med Educ* 41(2): 181-8.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE – HERZ-UND KREISLAUFFORSCHUNG E.V. (2017) ESC Pocket Guidelines. Management von Vorhofflimmern, Version 2016. Börm Bruckmeier Verlag GmbH, Grünwald.

DIMATTEO MR, FRIEDMAN HS, TARANTA AJ (1979) Sensitivity to bodily nonverbal communication as a factor in practitioner-patient rapport. *Nonverbal Behav* 4: 18.

DUMONT M, SCHÜLLER AM (2016) Wie Sie patientenorientiert kommunizieren. In: *Die erfolgreiche Arztpraxis. Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhausmanagement*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg S. 101-28.

EGRI L (2004) *The art of dramatic writing: its basis in the creative interpretation of human motives*. 6. Auflage, Touchstone, New York.

ENGEL G (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137: 5.

FALLER H, LANG H (2016) *Medizinische Psychologie und Soziologie*. 4. Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

FAVA G, SONINO N (2017) From the Lesson of George Engel to Current Knowledge: The Biopsychosocial Model 40 Years Later. *Psychother Psychosom* 86: 257-9.

FÜEßL HS, MIDDEKE M, WÜRTEMBERGER G (2018) *Anamnese und Klinische Untersuchung*. 6. Auflage, Thieme Verlagsgruppe Stuttgart, New York, Delhi, Rio.

GHOSH AK (2004) Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India* 52: 739-42.

HARVEY S, MEMON A, KHAN R, YASIN F (2017) Parent's use of the Internet in the search for healthcare information and subsequent impact on the doctor-patient relationship. *Ir J Med Sci* 186: 821-6.

HÄUSER W, SCHWEBIUS P (1999) Four minutes for the patient and one minute for the families. Physician-patient-family communication in medical departments. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49(5): 168-70.

HÖNIG K, GÜNDEL H (2016) Angehörige auf der Intensivstation. (Un)Befriedigte Bedürfnisse. *Nervenarzt* 87: 269.

HORNBERG C, PAULI A, WREDE B (2016) Gendersensibilität und Geschlechterwissen als Kernkompetenz in der Medizin. Voraussetzung und Chance für eine geschlechtergerechte

Gesundheitsversorgung. In: Hornberg C., Pauli A., Wrede B. (eds) Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Geschlecht und Gesellschaft, vol 55. Springer VS, Wiesbaden. S. 343-63.

HOWARD L, LORAINS J, FOAEX BA (2014) Medical training: some „forgotten“ common competencies. BMJ 349: 7384.

INSTITUT FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE. UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF (2018) Lehrangebot und Fortbildungen. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf <https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/lehrangebote/index.html> (Abruf 22.06.2018).

INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR BIOPSYCHOSOZIALE MEDIZIN (IS-BPS-MED) (2010), Venedig Deklaration. Psychologische Medizin, 21(2): 68-9.

KAMBHAMPATI S, ASHVETIYA, T, STONE NJ, BLUMENTHAL, RS, MARTIN SS (2016) Shared Decision-Making and Patient Empowerment in Preventive Cardiology. Curr Cardiol Rep 18: 49.

KAILER K (2015) Ethische Urteilsbildung mittels Spielfilme? Reproduktionsmedizin und ihre gesellschaftliche Konsequenz in GATTACA. Ethik Med 27: 9.

KARBACH U, SCHUBERT I, HAGEMEISTER J, ERNSTMANN N, PFAFF H, HÖPP HW (2011) Physicians' knowledge of and compliance with guidelines: an exploratory study in cardiovascular diseases. Dtsch Arztebl Int 108(5): 61-9.

KENNY NP, BEAGAN NL (2004) The patient as text: a challenge for problem-based learning. Med Educ 38(10): 1071-9.

KDIGO (2013) KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int Suppl. 3(1): 111-8.

KING A, HOPPE RB (2013) „Best practice“ for patient-centered communication: a narrative review. J Grad Med Educ 5(3): 385-93.

KOCHEN M (2017) Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Thieme Verlagsgruppe Stuttgart, New York, Delhi, Rio.

LANGEWITZ W (2012) Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. Bundesgesundheitsbl 55: 1176-82.

LÖFFLER-STASTKA H, SEITZ T, BILLETH S, PASTNER B, PREUSCHE I, SEIDMAN C (2016) Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. Wien Klin Wochenschr 128: 663-8.

MAGUIRE P, PITCEATHLY C (2003) Key communication skills and how to acquire them. BMJ 325: 697-700.

MANIKHAM L, HOY A, FOSKER H, WONG MHY, BANERJEE J, LAKHANPAUL M, KNIGHT A, LITTLEJOHNS P (2015) What drives junior doctors to use clinical practice guidelines? A national cross-sectional survey of foundation doctors in England & Wales. BMC Med Educ 15: 227.

MCHENRY M, PARKER PA, BAILE WF, LENZI R (2012) Voice analysis during bad news discussion in oncology: reduced pitch, decreased speaking rate, and nonverbal communication of empathy. Support Care Cancer 20: 1073-8.

MILLS S, BRYDEN DC (2010) A practical approach to teaching medical ethics. J Med Ethics 36: 50-4.

MOLCHO S (1996) Körpersprache. Wilhelm Goldmann Verlag, München, S. 114-98.

MÜNSTEDT K, HARREN H, VON GEORGI R, HACKETHAL A (2011) Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. Evid Based Complement Alternat Med 2011: 790951.

OLLENSCHLÄGER G, THOMACZEK C, KIRCHNER H, OESINGMANN U, KOLKMANN FW (2000) Leitlinien und Evidenz-basierte Medizin in Deutschland. Z Gerontol Geriat 33:82-9.

PAVLOV A, DAHLQUIST GE (2010) Teaching Communication and Professionalism Using a Popular Medical Drama. Fam Med 42(1): 25-7.

PEDERSEN K, MOELLER MH, PALTVED C, MORS O, RINGSTED C, MORCKE AM (2018) Students' Learning Experiences from Didactic Teaching Sessions Including Patient Case Examples as Either Text or Video: A Qualitative Study. Acad Psychiatry 42(5): 622-9.

PLUNTKE S (2017) Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen. Soziokulturelle Herausforderungen in der Erstversorgung. Monatsschr Kinderheilkd 165: 29-37.

PREISLER M, GOERLING U (2016) Angehörige von an Krebs erkrankten Menschen. Onkologe (Berl) 22: 336.

ROTER DL, FRANKEL RM, HALL JA, SLUYTER D (2005) The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. Mechanisms and Outcomes. J Gen Intern Med 21: 28-34.

SABATÉ E (2003) Adherence to long-term therapy. Evidence for action. WHO http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1 (Abruf 25.01.19).

SCHILDMANN J, BRUNS F, HESS V, VOLLMANN J (2017) „History, Theory and Ethics of Medicine“: The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. GMS J Med Educ 34(2): 23.

SCHULTZ JH, SCHÖNEMANN J, LAUBER H, NIKENDEI C, HERZOG W, JÜNGER J (2007) Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi-KIT): Bedarfsanalyse - Training - Perspektiven. Gruppendynamik und Organisationsberatung 38(1): 7-23.

SCHULZ VON THUN F (2013) Miteinander Reden: 1 Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 49. Auflage. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

SHEM S (1979) The house of god. 1. Auflage. Bodley Head, London.

SIEGEL CA, LOFLAND JH, NAIM, GOLLINS J, WALLS DM, RUDDER LE, REYNOLD C (2016) Novel Statistical Approach to Determine Inflammatory Bowel Disease: Patients' Perspectives on Shared Decision Making. Patient 9: 79-89.

SOLLMANN U (2016) Einführung in die Körpersprache und nonverbale Kommunikation. 2. Auflage, Carl-Auer-Systeme-Verlag und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg.

SWART E, HELMDACH M, KOSCHBIN M, MORGENTHAL D, NIEDER H, THIELITZ A, TRAUTMANN S, WILMS D (1998) Studentische Initiative zur Evaluation der Lehre im Fach Medizinische Soziologie der Universität Magdeburg. Z. f. Gesundheitswiss. 6: 275.

ÜBERALL MA (2016) EbM in der Sackgasse. Warum RCT-basierte Metaanalysen im Alltag nicht wirklich helfen können. Schmerzmed 32(5): 32-4.

VON KODOLITSCH Y, BERNHARDT AM, KÖLBEL T, DETTER C, REICHENSPURNER H, DEBUS ES, SCHUMACHER U (2015) Maximizing therapeutic success: The key concepts of individualized medical strategy (IMS). Cogent Medicine 2: 1109742.

WADE D, HALLIGAN PW (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil 31(8): 995-1004.

WAHLSTROM M, KARLSSON MR, MEDIN J, FRYKMAN V (2017) Effects of yoga in patients with paroxysmal atrial fibrillation – a randomized controlled study. Eur J Cardiovasc Nurs 16(1): 57-63.

WEISSMANN PF, BRANCH WT, GRACEY CF, HAIDET P, FRANKEL RM (2006) Role modeling humanistic behavior: learning bedside manner from the experts. Acad Med 81(7): 661-7.

WILZ G, MEICHSNER F (2012) Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in der Arzt-Patienten-Kommunikation. F. Bundesgesundheitsbl. 55: 1125.

WITZEL K, WEITZENDORFER M, SCHREDL P, KOCH HJ, KAMINSKI C (2018) Einfluss von Arzt- und Krankenhausserien auf das Wirklichkeitsempfinden chirurgischer Krankenhauspatienten. Unfallchirurg (2018) 121(12): 962-67.

WRIGHT SM, KERN DE, KOLODNER K, HOWARD DM, BRANCATI FL (1998) Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models. N Engl J Med 339: 1986-93.

ZAUDIG M, TRAUTMANN RD (2006) Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 1. Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

ZIV A, WOLPE PR, SMALL SD, GLICK S (2003) Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative. Acad Med 78: 783-8.

11 Anhang

Anhang 1: Nonverbale Kommunikation Gesten und Mimik Szene 1

	Arzt 1				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	8	2	13	23	6	4	11	21
-	5	4	13	22	5	10	18	33
0	3	3	16	22	5	7	21	33
Score	3	-2	0	1	1	-6	-7	-12
Gesten gesamt	16	9	42	67	16	21	50	87
Länge Sequenz (s)	37	35	100	172	37	35	100	172
Länge Sequenz (min)	0,62	0,58	1,67	2,87	0,62	0,58	1,67	2,87
Gesten pro Minute								
+ /min	12,97	3,43	7,80	8,02	9,73	6,86	6,60	7,33
- /min	8,11	6,86	7,80	7,67	8,11	17,14	10,80	11,51
0 /min	4,86	5,14	9,60	7,67	8,11	12,00	12,60	11,51
Score/min	4,86	-3,43	0,00	0,35	1,62	-10,29	-4,20	-4,19
Gesten gesamt/min	25,95	15,43	25,20	23,37	25,95	36,00	30,00	30,35

Anhang 2: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 1

	Arzt 1				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	1	1	9	11	2	3	5	10
Stimme wird angehoben (Frage)	2	1	0	3	0	1	1	2
Stimme wird abgesenkt	2	2	2	6	1	0	2	3
Tempo wird erhöht	1	0	0	1	1	4	3	8
Tempo wird erniedrigt	0	0	1	1	0	1	0	1
Lautstärke wird erhöht	0	0	0	0	0	0	6	6
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	1	1	0	0	2	2
Hörbares Atmen	0	0	0	0	3	1	2	6
Lachen	1	0	1	2	1	0	1	2
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	0	0	0	0	0	2	2
Gesamt	7	4	14	25	8	10	24	42
+	3	1	10	14	4	7	15	26
-	2	2	4	8	1	1	6	8
0	2	1	0	4	3	2	3	8
Score	1	-1	6	6	3	6	9	18
Paraverbale Elemente pro Minute								

Stimme wird angehoben	1,62	1,71	5,40	3,84	3,24	5,14	3,00	3,49
Stimme wird angehoben (Frage)	3,24	1,71	0,00	1,05	0,00	1,71	0,60	0,70
Stimme wird abgesenkt	3,24	3,43	1,20	2,09	1,62	0,00	1,20	1,05
Tempo wird erhöht	1,62	0,00	0,00	0,35	1,62	6,86	1,80	2,79
Tempo wird erniedrigt	0,00	0,00	0,60	0,35	0,00	1,71	0,00	0,35
Lautstärke wird erhöht	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,60	2,09
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,60	0,35	0	0,00	1,20	0,70
Hörbares Atmen	0,00	0,00	0,00	0,00	4,86	1,71	1,20	2,09
Lachen	1,62	0,00	0,60	0,70	1,62	0,00	0,60	0,70
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,20	0,70
Gesamt	11,35	6,86	8,40	8,72	12,97	17,14	14,40	14,65
+ /min	4,86	1,71	6,00	4,88	6,49	12,00	9,00	9,07
- /min	3,24	3,43	2,40	2,79	1,62	1,71	3,60	2,79
0 /min	3,24	1,71	0,00	1,40	4,86	3,43	1,80	2,79
Score/min	1,62	-1,71	3,60	2,09	4,86	10,29	5,40	6,28

Anhang 3: Verbale Kommunikation Szene 1

	Arzt 1				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	2	0	4	6	5	7	4	16
Du/ Sie-Aussage	0	0	1	1	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	0	6	6	0	0	1	1
Man-Aussage	0	0	0	0	0	1	0	1
Es-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Frage	1	1	2	4	0	1	2	3
Bejahen	2	2	2	6	1	0	10	11
Verneinen	0	0	0	0	1	0	0	1
Anweisung/ Aufforderung	1	0	2	3	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	0	0	3	3	0	0	0	0
Aktives Zuhören	1	5	1	7	1	0	6	7
Gesamt	7	8	21	36	8	9	23	40
+	5	7	7	19	7	7	20	34
-	0	0	1	1	1	1	0	2
0	2	1	13	16	0	1	3	4
Score	5	7	6	18	6	6	20	32
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	3,24	0,00	2,40	2,09	8,11	12,00	2,40	5,58

Du/ Sie- Aussage	0,00	0,00	0,60	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	0,00	3,60	2,09	0,00	0,00	0,60	0,35
Man- Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,71	0,00	0,35
Es-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	1,62	1,71	1,20	1,40	0,00	1,71	1,20	1,05
Bejahen	3,24	3,43	1,20	2,09	1,62	0,00	6,00	3,84
Verneinen	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	0,00	0,00	0,35
Anweisung/ Aufforderung	1,62	0,00	1,20	1,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	0,00	0,00	1,80	1,05	0,00	0,00	0,00	0,00
Elemente Aktives Zuhören	1,62	8,57	0,60	2,44	1,62	0,00	3,60	2,44
Gesamt	11,35	13,71	12,60	12,56	12,97	15,43	13,80	13,95
+/min	8,11	12,00	4,20	6,63	11,35	12,00	12,00	11,86
-/min	0,00	0,00	0,60	0,35	1,62	1,71	0,00	0,70
0/min	3,24	1,71	7,80	5,58	0,00	1,71	1,80	1,40
Score/min	8,11	12,00	3,60	6,28	9,73	10,29	12,00	11,16

Anhang 4: Nonverbale Kommunikation Gesten und Mimik Szene 2

	Ärztin 2				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	1	8	4	13	1	7	4	12
-	3	10	5	18	3	16	3	22
0	4	13	6	23	4	12	12	28
Score	-2	-2	-1	-5	-2	-9	1	-10
Gesten gesamt	8	31	15	54	8	35	19	62
Länge Sequenz (s)	15	45	28	88	15	45	28	88
Länge Sequenz (min)	0,25	0,75	0,47	1,47	0,25	0,75	0,47	1,47
Gesten pro Minute								
+ /min	4,00	10,67	8,57	8,86	4,00	9,33	8,57	8,18
- /min	12,00	13,33	10,71	12,27	12,00	21,33	6,43	15,00
0 /min	16,00	17,33	12,86	15,68	16,00	16,00	25,71	19,09
Score/min	-8,00	-2,67	-2,14	-3,41	-8,00	-12,00	2,14	-6,82
Gesten gesamt/min	32,00	41,33	32,14	36,82	32,00	46,67	40,71	42,27

Anhang 5: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 2

	Ärztin 2				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	0	1	3	4	1	5	0	6
Stimme wird angehoben (Frage)	1	0	3	4	0	1	0	1
Stimme wird abgesenkt	0	1	1	2	0	0	0	0
Tempo wird erhöht	0	1	4	5	2	3	0	5
Tempo wird erniedrigt	0	0	2	2	0	3	0	3
Lautstärke wird erhöht	0	0	0	0	1	2	2	5
Lautstärke wird erniedrigt	1	1	0	2	0	1	1	2
Hörbares Atmen	0	1	0	1	0	0	0	0
Lachen	0	1	0	1	0	1	0	1
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	1	1	2	0	0	0	0
Gesamt	2	7	14	23	4	16	3	23
+	0	3	7	10	4	11	2	17
-	1	3	4	8	0	4	1	5
0	1	1	3	5	0	1	0	1
Score	-1	0	3	2	4	7	1	12
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	0,00	1,33	6,43	2,73	4,00	6,67	0,00	4,09

Stimme wird angehoben (Frage)	4,00	0,00	6,43	2,73	0,00	1,33	0,00	0,68
Stimme wird abgesenkt	0,00	1,33	2,14	1,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Tempo wird erhöht	0,00	1,33	8,57	3,41	8,00	4,00	0,00	3,41
Tempo wird erniedrigt	0,00	0,00	4,29	1,36	0,00	4,00	0,00	2,05
Lautstärke wird erhöht	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	2,67	4,29	3,41
Lautstärke wird erniedrigt	4,00	1,33	0,00	1,36	0,00	1,33	2,14	1,36
Hörbares Atmen	0,00	1,33	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00
Lachen	0,00	1,33	0,00	0,68	0,00	1,33	0,00	0,68
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	1,33	2,14	1,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Gesamt	8,00	9,33	30,00	15,68	16,00	21,33	6,43	15,68
+ /min	0,00	4,00	15,00	6,82	16,00	14,67	4,29	11,59
- /min	4,00	4,00	8,57	5,45	0,00	5,33	2,14	3,41
0 /min	4,00	1,33	6,43	3,41	0,00	1,33	0,00	0,68
Score/min	-4,00	0,00	6,43	1,36	16,00	9,33	2,14	8,18

Anhang 6: Verbale Kommunikation Szene 2

	Ärztin 2				Patientin 1			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	0	0	0	0	1	7	0	8
Du/ Sie-Aussage	0	1	4	5	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	0	7	7	0	0	0	0
Man-Aussage	1	0	0	1	1	1	0	2
Es-Aussage	0	2	0	2	0	0	0	0
Frage	1	0	2	3	0	1	0	1
Bejahen	0	1	0	1	0	0	4	4
Verneinen	0	2	0	2	0	0	0	0
Anweisung/ Aufforderung	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	0	2	0	2	1	1	0	2
Aktives Zuhören	0	2	0	2	0	0	0	0
Gesamt	2	10	13	25	3	10	4	17
+	0	3	0	3	1	7	4	12
-	1	5	4	10	1	1	0	2
0	1	2	9	12	1	2	0	3
Score	-1	-2	-4	-7	0	6	4	10
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	9,33	0,00	5,45

Du/ Sie-Aussage	0,00	1,33	8,57	3,41	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	0,00	15,00	4,77	0,00	0,00	0,00	0,00
Man-Aussage	4,00	0,00	0,00	0,68	4,00	1,33	0,00	1,36
Es-Aussage	0,00	2,67	0,00	1,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	4,00	0,00	4,29	2,05	0,00	1,33	0,00	0,68
Bejahen	0,00	1,33	0,00	0,68	0,00	0,00	8,57	2,73
Verneinen	0,00	2,67	0,00	1,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Anweisung/ Aufforderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	0,00	2,67	0,00	1,36	4,00	1,33	0,00	1,36
Elemente Aktives Zuhören	0,00	2,67	0,00	1,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Gesamt	8,00	13,33	27,86	17,05	12,00	13,33	8,57	11,5
+/min	0,00	4,00	0,00	2,05	4,00	9,33	8,57	8,18
-/min	4,00	6,67	8,57	6,82	4,00	1,33	0,00	1,36
0/min	4,00	2,67	19,29	8,18	4,00	2,67	0,00	2,05
Score/min	-4,00	-2,67	-8,57	-4,77	0,00	8,00	8,57	6,82

Anhang 7: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 3

	Ärztin 3				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	7	6	14	27	11	7	17	35
-	9	8	17	34	17	11	30	58
0	14	15	23	52	17	21	32	70
Score	-2	-2	-3	-7	-6	-4	-13	-23
Gesten gesamt	30	29	54	113	45	39	79	163
Länge Sequenz (s)	53	55	104	211	53	55	104	211
Länge Sequenz (min)	0,88	0,92	1,73	3,53	0,88	0,92	1,73	3,53
Gesten pro Minute								
+/min	7,92	6,55	8,08	7,64	12,45	7,64	9,81	9,91
-/min	10,19	8,73	9,81	9,62	19,25	12,00	17,31	16,42
0/min	15,85	16,36	13,27	14,72	19,25	22,91	18,46	19,81
Score/min	-2,26	-2,18	-1,73	-1,98	-6,79	-4,36	-7,50	-6,51
Gesten gesamt/min	33,96	31,64	31,15	31,98	50,94	42,55	45,58	46,13

Anhang 8: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 3

	Ärztin 3				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	2	3	7	12	4	2	2	8
Stimme wird angehoben (Frage)	0	2	2	4	0	2	0	2
Stimme wird abgesenkt	0	1	2	3	1	0	0	1
Tempo wird erhöht	3	1	5	9	5	2	4	11
Tempo wird erniedrigt	2	0	4	6	0	1	2	3
Lautstärke wird erhöht	0	2	2	4	4	0	4	8
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	0	0	1	1
Hörbares Atmen	0	0	1	1	1	0	1	2
Lachen	0	0	0	0	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	2	3	5	0	3	1	4
Gesamt	7	11	26	44	15	10	15	40
+	5	6	14	25	13	4	10	27
-	2	3	9	14	1	4	4	9
0	0	2	3	5	1	2	1	4
Score	3	3	5	11	12	0	6	18
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	2,26	3,27	4,04	3,40	4,53	2,18	1,15	2,26

Stimme wird angehoben (Frage)	0,00	2,18	1,15	1,13	0,00	2,18	0,00	0,57
Stimme wird abgesenkt	0,00	1,09	1,15	0,85	1,13	0,00	0,00	0,28
Tempo wird erhöht	3,40	1,09	2,88	2,55	5,66	2,18	2,31	3,11
Tempo wird erniedrigt	2,26	0,00	2,31	1,70	0,00	1,09	1,15	0,85
Lautstärke wird erhöht	0,00	2,18	1,15	1,13	4,53	0,00	2,31	2,26
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,58	0,28
Hörbares Atmen	0,00	0,00	0,58	0,28	1,13	0,00	0,58	0,57
Lachen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	2,18	1,73	1,42	0,00	3,27	0,58	1,13
Gesamt	7,92	12,00	15,00	12,45	16,98	10,91	8,65	11,32
+/min	5,66	6,55	8,08	7,08	14,72	4,36	5,77	7,64
-/min	2,26	3,27	5,19	3,96	1,13	4,36	2,31	2,55
0/min	0,00	2,18	1,73	1,42	1,13	2,18	0,58	1,13
Score/min	3,40	3,27	2,88	3,11	13,58	0,00	3,46	5,09

Anhang 9: Verbale Kommunikation Szene 3

	Ärztin 3				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	3	0	4	7	8	3	5	16
Du/ Sie-Aussage	3	1	5	9	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	1	8	9	0	0	0	0
Man-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Es-Aussage	0	0	1	1	0	0	0	0
Frage	0	2	2	4	0	0	0	0
Bejahen	0	5	3	8	1	3	8	12
Verneinen	0	1	0	1	0	0	0	0
Anweisung/ Aufforderung	0	0	2	2	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	2	4	3	9	1	5	0	6
Aktives Zuhören	2	1	1	4	0	0	1	1
Gesamt	10	15	29	54	10	11	14	35
+	5	6	8	19	9	6	14	29
-	3	2	6	11	0	0	0	0
0	2	7	15	24	1	5	0	6
Score	2	4	2	8	9	6	14	29
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	3,40	0,00	2,31	1,98	9,06	3,27	2,88	4,53

Du/ Sie- Aussage	3,40	1,09	2,88	2,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	1,09	4,62	2,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Man-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Es-Aussage	0,00	0,00	0,58	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	0,00	2,18	1,15	1,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Bejahen	0,00	5,45	1,73	2,26	1,13	3,27	4,62	3,40
Verneinen	0,00	1,09	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Anweisung/ Aufforderung	0,00	0,00	1,15	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	2,26	4,36	1,73	2,55	1,13	5,45	0,00	1,70
Elemente Aktives Zuhören	2,26	1,09	0,58	1,13	0,00	0,00	0,58	0,28
Gesamt	11,32	16,36	16,73	15,28	11,32	12,00	8,08	9,91
+/min	5,66	6,55	4,62	5,38	10,19	6,55	8,08	8,21
-/min	3,40	2,18	3,46	3,11	0,00	0,00	0,00	0,00
0/min	2,26	7,64	8,65	6,79	1,13	5,45	0,00	1,70
Score/min	2,26	4,36	1,15	2,26	10,19	6,55	8,08	8,21

Anhang 10: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 4

	Ärztin 4				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	10	24	13	47	12	12	7	31
-	9	24	16	49	16	20	4	40
0	16	25	15	56	15	37	19	71
Score	1	0	-3	-2	-4	-8	3	-9
Gesten gesamt	35	73	44	152	43	69	30	142
Länge Sequenz (s)	50	89	42	181	50	89	42	181
Länge Sequenz (min)	0,83	1,48	0,70	3,02	0,83	1,48	0,70	3,02
Gesten pro Minute								
+/min	12,00	16,18	18,57	15,58	14,40	8,09	10,00	10,28
-/min	10,80	16,18	22,86	16,24	19,20	13,48	5,71	13,26
0/min	19,20	16,85	21,43	18,56	18,00	24,94	27,14	23,54
Score/min	1,20	0,00	-4,29	-0,66	-4,80	-5,39	4,29	-2,98
Gesten gesamt/min	42,00	49,21	62,86	50,39	51,60	46,52	42,86	47,07

Anhang 11: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 4

	Ärztin 4				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	5	7	1	13	3	2	0	5
Stimme wird angehoben (Frage)	0	0	1	1	0	0	0	0
Stimme wird abgesenkt	1	0	2	3	0	0	0	0
Tempo wird erhöht	0	0	1	1	2	2	0	4
Tempo wird erniedrigt	0	1	0	1	1	0	0	1
Lautstärke wird erhöht	0	1	2	3	1	2	1	4
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	0	1	2	3
Hörbares Atmen	0	1	0	1	2	1	0	3
Lachen	0	0	0	0	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	3	0	3	2	1	0	3
Gesamt	6	13	7	26	11	9	3	23
+	5	8	4	17	6	6	1	13
-	1	4	2	7	3	2	2	7
0	0	1	1	2	2	1	0	3
Score	4	4	2	10	3	4	-1	6
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	6,00	4,72	1,43	4,31	3,60	1,35	0,00	1,66

Stimme wird angehoben (Frage)	0,00	0,00	1,43	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Stimme wird abgesenkt	1,20	0,00	2,86	0,99	0,00	0,00	0,00	0,00
Tempo wird erhöht	0,00	0,00	1,43	0,33	2,40	1,35	0,00	1,33
Tempo wird erniedrigt	0,00	0,67	0,00	0,33	1,20	0,00	0,00	0,33
Lautstärke wird erhöht	0,00	0,67	2,86	0,99	1,20	1,35	1,43	1,33
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	2,86	0,99
Hörbares Atmen	0,00	0,67	0,00	0,33	2,40	0,67	0,00	0,99
Lachen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	2,02	0,00	0,99	2,40	0,67	0,00	0,99
Gesamt	7,20	8,76	10,00	8,62	13,20	6,07	4,29	7,62
+ /min	6,00	5,39	5,71	5,64	7,20	4,04	1,43	4,31
- /min	1,20	2,70	2,86	2,32	3,60	1,35	2,86	2,32
0 /min	0,00	0,67	1,43	0,66	2,40	0,67	0,00	0,99
Score/min	4,80	2,70	2,86	3,31	3,60	2,70	-1,43	1,99

Anhang 12: Verbale Kommunikation Szene 4

	Ärztin 4				Patientin 3			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	1	1	1	3	3	8	1	12
Du/ Sie-Aussage	1	5	1	7	0	0	0	0
Wir-Aussage	1	2	5	8	0	0	0	0
Man-Aussage	1	2	1	4	0	0	0	0
Es-Aussage	1	0	0	1	0	0	0	0
Frage	0	0	1	1	0	1	0	1
Bejahen	1	0	0	1	0	2	1	3
Verneinen	0	0	0	0	0	0	1	1
Anweisung/ Aufforderung	0	1	0	1	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	2	5	1	8	1	2	0	3
Aktives Zuhören	0	0	0	0	0	1	1	2
Gesamt	8	16	10	34	4	14	4	22
+	2	1	1	4	3	11	3	17
-	3	7	2	12	0	0	1	1
0	3	8	7	18	1	3	0	4
Score	-1	-6	-1	-8	3	11	2	16
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	1,20	0,67	1,43	0,99	3,60	5,39	1,43	3,98

Du/ Sie- Aussage	1,20	3,37	1,43	2,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	1,20	1,35	7,14	2,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Man-Aussage	1,20	1,35	1,43	1,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Es-Aussage	1,20	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	0,00	0,00	1,43	0,33	0,00	0,67	0,00	0,33
Bejahen	1,20	0,00	0,00	0,33	0,00	1,35	1,43	0,99
Verneinen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,43	0,33
Anweisung/ Aufforderung	0,00	0,67	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	2,40	3,37	1,43	2,65	1,20	1,35	0,00	0,99
Elemente Aktives Zuhören	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	1,43	0,66
Gesamt	9,60	10,79	14,29	11,27	4,80	9,44	5,71	7,29
+/min	2,40	0,67	1,43	1,33	3,60	7,42	4,29	5,64
-/min	3,60	4,72	2,86	3,98	0,00	0,00	1,43	0,33
0/min	3,60	5,39	10,00	5,97	1,20	2,02	0,00	1,33
Score/min	-1,20	-4,04	-1,43	-2,65	3,60	7,42	2,86	5,30

Anhang 13: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 5

	Arzt 1				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	3	13	13	29	8	8	7	23
-	3	8	11	22	2	4	6	12
0	10	9	14	33	11	17	13	41
Score	0	5	2	7	6	4	1	11
Gesten gesamt	16	30	38	84	21	29	26	76
Länge Sequenz (s)	22	37	46	105	22	37	46	105
Länge Sequenz (min)	0,37	0,62	0,77	1,75	0,37	0,62	0,77	1,75
Gesten pro Minute								
+ /min	8,18	21,08	16,96	16,57	21,82	12,97	9,13	13,14
- /min	8,18	12,97	14,35	12,57	5,45	6,49	7,83	6,86
0 /min	27,27	14,59	18,26	18,86	30,00	27,57	16,96	23,43
Score/min	0,00	8,11	2,61	4,00	16,36	6,49	1,30	6,29
Gesten gesamt/min	43,64	48,65	49,57	48,00	57,27	47,03	33,91	43,43

Anhang 14: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 5

	Arzt 1				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	3	5	5	13	1	2	1	4
Stimme wird angehoben (Frage)	1	0	1	2	0	1	1	2
Stimme wird abgesenkt	0	0	2	2	0	0	1	1
Tempo wird erhöht	1	1	0	2	0	0	0	0
Tempo wird erniedrigt	0	2	0	2	1	2	0	3
Lautstärke wird erhöht	0	0	0	0	0	0	0	0
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	1	0	1	2
Hörbares Atmen	0	0	0	0	0	0	0	0
Lachen	1	1	0	2	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	0	2	2	0	2	0	2
Gesamt	6	9	10	25	3	7	4	14
+	5	7	5	17	1	2	1	4
-	0	2	4	6	2	4	2	8
0	1	0	1	2	0	1	1	2
Score	5	5	1	11	-1	-2	-1	-4
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	8,18	8,11	6,52	7,43	2,73	3,24	1,30	2,29

Stimme wird angehoben (Frage)	2,73	0,00	1,30	1,14	0,00	1,62	1,30	1,14
Stimme wird abgesenkt	0,00	0,00	2,61	1,14	0,00	0,00	1,30	0,57
Tempo wird erhöht	2,73	1,62	0,00	1,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Tempo wird erniedrigt	0,00	3,24	0,00	1,14	2,73	3,24	0,00	1,71
Lautstärke wird erhöht	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	2,73	0,00	1,30	1,14
Hörbares Atmen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Lachen	2,73	1,62	0,00	1,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	0,00	2,61	1,14	0,00	3,24	0,00	1,14
Gesamt	16,36	14,59	13,04	14,29	8,18	11,35	5,22	8,00
+/min	13,64	11,35	6,52	9,71	2,73	3,24	1,30	2,29
-/min	0,00	3,24	5,22	3,43	5,45	6,49	2,61	4,57
0/min	2,73	0,00	1,30	1,14	0,00	1,62	1,30	1,14
Score/min	13,64	8,11	1,30	6,29	-2,73	-3,24	-1,30	-2,29

Anhang 15: Verbale Kommunikation Szene 5

	Arzt 1				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	0	1	3	4	3	2	0	5
Du/ Sie-Aussage	0	3	1	4	0	1	0	1
Wir-Aussage	0	0	5	5	0	1	0	1
Man-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Es-Aussage	0	1	0	1	0	0	0	0
Frage	0	1	1	2	1	0	1	2
Bejahen	4	0	0	4	7	0	8	15
Verneinen	0	0	0	0	0	1	1	2
Anweisung/ Aufforderung	2	0	1	3	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	4	0	2	6	2	0	3	5
Aktives Zuhören	0	2	1	3	0	0	1	1
Gesamt	10	8	14	32	13	5	14	32
+	4	3	4	11	10	2	9	21
-	0	4	1	5	0	2	1	3
0	6	1	9	16	3	1	4	8
Score	4	-1	3	6	10	0	8	18
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	0,00	1,62	3,91	2,29	8,18	3,24	0,00	2,86

Du/ Sie-Aussage	0,00	4,86	1,30	2,29	0,00	1,62	0,00	0,57
Wir-Aussage	0,00	0,00	6,52	2,86	0,00	1,62	0,00	0,57
Man-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Es-Aussage	0,00	1,62	0,00	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	0,00	1,62	1,30	1,14	2,73	0,00	1,30	1,14
Bejahen	10,91	0,00	0,00	2,29	19,09	0,00	10,43	8,57
Verneinen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	1,30	1,14
Anweisung/ Aufforderung	5,45	0,00	1,30	1,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	10,91	0,00	2,61	3,43	5,45	0,00	3,91	2,86
Elemente Aktives Zuhören	0,00	3,24	1,30	1,71	0,00	0,00	1,30	0,57
Gesamt	27,27	12,97	18,26	18,29	35,45	8,11	18,26	18,29
+/min	10,91	4,86	5,22	6,29	27,27	3,24	11,74	12,00
-/min	0,00	6,49	1,30	2,86	0,00	3,24	1,30	1,71
0/min	16,36	1,62	11,74	9,14	8,18	1,62	5,22	4,57
Score/min	10,91	-1,62	3,91	3,43	27,27	0,00	10,43	10,29

Anhang 16: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 6

	Ärztin 2				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	0	3	11	14	3	1	13	17
-	3	2	6	11	6	14	13	33
0	8	24	16	48	6	14	14	34
Score	-3	1	5	3	-3	-13	0	-16
Gesten gesamt	11	29	33	73	15	29	40	84
Länge Sequenz (s)	15	42	42	99	15	42	42	99
Länge Sequenz (min)	0,25	0,70	0,70	1,65	0,25	0,70	0,70	1,65
Gesten pro Minute								
+ /min	0,00	4,29	15,71	8,48	12,00	1,43	18,57	10,30
- /min	12,00	2,86	8,57	6,67	24,00	20,00	18,57	20,00
0 /min	32,00	34,29	22,86	29,09	24,00	20,00	20,00	20,61
Score/min	-12,00	1,43	7,14	1,82	-12,00	-18,57	0,00	-9,70
Gesten gesamt/min	44,00	41,43	47,14	44,24	60,00	41,43	57,14	50,91

Anhang 17: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 6

	Ärztin 2				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	0	2	8	10	4	1	1	6
Stimme wird angehoben (Frage)	0	1	4	5	0	2	0	2
Stimme wird abgesenkt	0	1	1	2	0	0	2	2
Tempo wird erhöht	0	2	6	8	2	1	0	3
Tempo wird erniedrigt	0	1	0	1	1	1	0	2
Lautstärke wird erhöht	0	1	3	4	1	0	1	2
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	0	3	0	3
Hörbares Atmen	0	0	1	1	0	0	0	0
Lachen	0	0	0	0	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	0	1	1	1	3	0	4
Gesamt	0	8	24	32	9	11	4	24
+	0	5	17	22	7	2	2	11
-	0	2	2	4	2	7	2	11
0	0	1	5	6	0	2	0	2
Score	0	3	15	18	5	-5	0	0
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	0,00	2,86	11,43	6,06	16,00	1,43	1,43	3,64

Stimme wird angehoben (Frage)	0,00	1,43	5,71	3,03	0,00	2,86	0,00	1,21
Stimme wird abgesenkt	0,00	1,43	1,43	1,21	0,00	0,00	2,86	1,21
Tempo wird erhöht	0,00	2,86	8,57	4,85	8,00	1,43	0,00	1,82
Tempo wird erniedrigt	0,00	1,43	0,00	0,61	4,00	1,43	0,00	1,21
Lautstärke wird erhöht	0,00	1,43	4,29	2,42	4,00	0,00	1,43	1,21
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,29	0,00	1,82
Hörbares Atmen	0,00	0,00	1,43	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Lachen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	0,00	1,43	0,61	4,00	4,29	0,00	2,42
Gesamt	0,00	11,43	34,29	19,39	36,00	15,71	5,71	14,55
+ /min	0,00	7,14	24,29	13,33	28,00	2,86	2,86	6,67
- /min	0,00	2,86	2,86	2,42	8,00	10,00	2,86	6,67
0 /min	0,00	1,43	7,14	3,64	0,00	2,86	0,00	1,21
Score/min	0,00	4,29	21,43	10,91	20,00	-7,14	0,00	0,00

Anhang 18: Verbale Kommunikation Szene 6

	Ärztin 2				Patient 4			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	0	1	0	1	4	5	2	11
Du/ Sie-Aussage	0	2	5	7	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	2	9	11	1	0	0	1
Man-Aussage	1	1	2	4	0	0	0	0
Es-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Frage	0	0	2	2	0	0	0	0
Bejahen	0	0	3	3	0	1	3	4
Verneinen	0	0	1	1	0	0	0	0
Anweisung/ Aufforderung	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	0	1	0	1	1	4	1	6
Aktives Zuhören	1	3	0	4	0	0	0	0
Gesamt	2	10	22	34	6	10	6	22
+	1	4	3	8	4	6	5	15
-	1	3	8	12	0	0	0	0
0	0	3	11	14	2	4	1	7
Score	0	1	-5	-4	4	6	5	15
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	0,00	1,43	0,00	0,61	16,00	7,14	2,86	6,67

Du/ Sie- Aussage	0,00	2,86	7,14	4,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	2,86	12,86	6,67	4,00	0,00	0,00	0,61
Man-Aussage	4,00	1,43	2,86	2,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Es-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	0,00	0,00	2,86	1,21	0,00	0,00	0,00	0,00
Bejahen	0,00	0,00	4,29	1,82	0,00	1,43	4,29	2,42
Verneinen	0,00	0,00	1,43	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Anweisung/ Aufforderung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	0,00	1,43	0,00	0,61	4,00	5,71	1,43	3,64
Elemente Aktives Zuhören	4,00	4,29	0,00	2,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Gesamt	8,00	14,29	31,43	20,61	24,00	14,29	8,57	13,33
+/min	4,00	5,71	4,29	4,85	16,00	8,57	7,14	9,09
-/min	4,00	4,29	11,43	7,27	0,00	0,00	0,00	0,00
0/min	0,00	4,29	15,71	8,48	8,00	5,71	1,43	4,24
Score/min	0,00	1,43	-7,14	-2,42	16,00	8,57	7,14	9,09

Anhang 19: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 7

	Ärztin 3				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	4	9	4	17	3	14	13	30
-	1	9	6	16	5	11	11	27
0	5	18	14	37	6	20	15	41
Score	3	0	-2	1	-2	3	2	3
Gesten gesamt	10	36	24	70	14	45	39	98
Länge Sequenz (s)	10	47	37	94	10	47	37	94
Länge Sequenz (min)	0,17	0,78	0,62	1,57	0,17	0,78	0,62	1,57
Gesten pro Minute								
+/min	24,00	11,49	6,49	10,85	18,00	17,87	21,08	19,15
-/min	6,00	11,49	9,73	10,21	30,00	14,04	17,84	17,23
0/min	30,00	22,98	22,70	23,62	36,00	25,53	24,32	26,17
Score/min	18,00	0,00	-3,24	0,64	-12,00	3,83	3,24	1,91
Gesten gesamt/min	60,00	45,96	38,92	44,68	84,00	57,45	63,24	62,55

Anhang 20: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 7

	Ärztin 3				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	0	2	5	7	1	4	3	8
Stimme wird angehoben (Frage)	0	1	2	3	0	0	0	0
Stimme wird abgesenkt	0	3	2	5	2	0	1	3
Tempo wird erhöht	0	1	0	1	2	2	1	5
Tempo wird erniedrigt	0	0	1	1	0	1	2	3
Lautstärke wird erhöht	0	0	0	0	1	0	1	2
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	1	0	1	2
Hörbares Atmen	0	0	0	0	0	0	1	1
Lachen	0	0	0	0	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	0	0	0	0	0	1	1
Gesamt	0	7	10	17	7	7	11	25
+	0	3	5	8	4	6	5	15
-	0	3	3	6	3	1	5	9
0	0	1	2	3	0	0	1	1
Score	0	0	2	2	1	5	0	6
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	0,00	2,55	8,11	4,47	6,00	5,11	4,86	5,11

Stimme wird angehoben (Frage)	0,00	1,28	3,24	1,91	0,00	0,00	0,00	0,00
Stimme wird abgesenkt	0,00	3,83	3,24	3,19	12,00	0,00	1,62	1,91
Tempo wird erhöht	0,00	1,28	0,00	0,64	12,00	2,55	1,62	3,19
Tempo wird erniedrigt	0,00	0,00	1,62	0,64	0,00	1,28	3,24	1,91
Lautstärke wird erhöht	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	0,00	1,62	1,28
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	0,00	1,62	1,28
Hörbares Atmen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	0,64
Lachen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,62	0,64
Gesamt	0,00	8,94	16,22	10,85	42,00	8,94	17,84	15,96
+ /min	0,00	3,83	8,11	5,11	24,00	7,66	8,11	9,57
- /min	0,00	3,83	4,86	3,83	18,00	1,28	8,11	5,74
0 /min	0,00	1,28	3,24	1,91	0,00	0,00	1,62	0,64
Score/min	0,00	0,00	3,24	1,28	6,00	6,38	0,00	3,83

Anhang 21: Verbale Kommunikation Szene 7

	Ärztin 3				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	0	2	0	2	1	2	2	5
Du/ Sie-Aussage	0	0	1	1	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	0	1	1	0	1	1	2
Man-Aussage	0	0	1	1	0	1	0	1
Es-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Frage	0	1	2	3	0	1	0	1
Bejahen	0	0	4	4	0	0	4	4
Verneinen	0	1	0	1	0	0	1	1
Anweisung/ Aufforderung	0	1	2	3	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	0	4	1	5	3	2	0	5
Aktives Zuhören	2	0	0	2	0	1	1	2
Gesamt	2	9	12	23	4	8	9	21
+	2	2	4	8	1	3	7	11
-	0	1	2	3	0	1	1	2
0	0	6	6	12	3	4	1	8
Score	2	1	2	5	1	2	6	9
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	0,00	2,55	0,00	1,28	6,00	2,55	3,24	3,19

Du/ Sie-Aussage	0,00	0,00	1,62	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	0,00	1,62	0,64	0,00	1,28	1,62	1,28
Man-Aussage	0,00	0,00	1,62	0,64	0,00	1,28	0,00	0,64
Es-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	0,00	1,28	3,24	1,91	0,00	1,28	0,00	0,64
Bejahen	0,00	0,00	6,49	2,55	0,00	0,00	6,49	2,55
Verneinen	0,00	1,28	0,00	0,64	0,00	0,00	1,62	0,64
Anweisung/ Aufforderung	0,00	1,28	3,24	1,91	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	0,00	5,11	1,62	3,19	18,00	2,55	0,00	3,19
Elemente Aktives Zuhören	12,00	0,00	0,00	1,28	0,00	1,28	1,62	1,28
Gesamt	12,00	11,49	19,46	14,68	24,00	10,21	14,59	13,40
+/min	12,00	2,55	6,49	5,11	6,00	3,83	11,35	7,02
-/min	0,00	1,28	3,24	1,91	0,00	1,28	1,62	1,28
0/min	0,00	7,66	9,73	7,66	18,00	5,11	1,62	5,11
Score/min	12,00	1,28	3,24	3,19	6,00	2,55	9,73	5,74

Anhang 22: Nonverbale Kommunikation: Gesten und Mimik Szene 8

	Arzt 4				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
+	7	11	11	29	5	7	18	30
-	1	10	14	25	12	7	10	29
0	22	22	22	66	25	21	28	74
Score	6	1	-3	4	-7	0	8	1
Gesten gesamt	30	43	47	120	42	35	56	133
Länge Sequenz (s)	63	50	56	169	63	50	56	169
Länge Sequenz (min)	1,05	0,83	0,93	2,82	1,05	0,83	0,93	2,82
Gesten pro Minute								
+/min	6,67	13,20	11,79	10,30	4,76	8,40	19,29	10,65
-/min	0,95	12,00	15,00	8,88	11,43	8,40	10,71	10,30
0/min	20,95	26,40	23,57	23,43	23,81	25,20	30,00	26,27
Score/min	5,71	1,20	-3,21	1,42	-6,67	0,00	8,57	0,36
Gesten gesamt/min	28,57	51,60	50,36	42,60	40,00	42,00	60,00	47,22

Anhang 23: Nonverbale Kommunikation: paraverbal Szene 8

	Arzt 4				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Stimme wird angehoben	0	10	10	20	11	0	4	15
Stimme wird angehoben (Frage)	2	1	0	3	0	0	0	0
Stimme wird abgesenkt	0	0	1	1	2	1	1	4
Tempo wird erhöht	0	4	2	6	2	0	2	4
Tempo wird erniedrigt	1	0	1	2	1	0	1	2
Lautstärke wird erhöht	0	1	1	2	0	1	0	1
Lautstärke wird erniedrigt	0	0	0	0	0	0	0	0
Hörbares Atmen	0	0	2	2	0	1	0	1
Lachen	0	0	0	0	0	0	0	0
Räuspern	0	0	0	0	0	0	0	0
Pause (>1s)	0	0	0	0	5	0	0	5
Gesamt	3	16	17	36	21	3	8	32
+	0	15	13	28	13	1	6	20
-	1	1	2	4	8	1	2	11
0	2	0	2	4	0	1	0	1
Score	-1	14	11	24	5	0	4	9
Paraverbale Elemente pro Minute								
Stimme wird angehoben	0,00	12,00	10,71	7,10	10,48	0,00	4,29	5,33

Stimme wird angehoben (Frage)	1,90	1,20	0,00	1,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Stimme wird abgesenkt	0,00	0,00	1,07	0,36	1,90	1,20	1,07	1,42
Tempo wird erhöht	0,00	4,80	2,14	2,13	1,90	0,00	2,14	1,42
Tempo wird erniedrigt	0,95	0,00	1,07	0,71	0,95	0,00	1,07	0,71
Lautstärke wird erhöht	0,00	1,20	1,07	0,71	0,00	1,20	0,00	0,36
Lautstärke wird erniedrigt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hörbares Atmen	0,00	0,00	2,14	0,71	0,00	1,20	0,00	0,36
Lachen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Räuspern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pause (>1s)	0,00	0,00	0,00	0,00	4,76	0,00	0,00	1,78
Gesamt	2,86	19,20	18,21	12,78	20,00	3,60	8,57	11,36
+ /min	0,00	18,00	13,93	9,94	12,38	1,20	6,43	7,10
- /min	0,95	1,20	2,14	1,42	7,62	1,20	2,14	3,91
0 /min	1,90	0,00	2,14	1,42	0,00	1,20	0,00	0,36
Score/min	-0,95	16,80	11,79	8,52	4,76	0,00	4,29	3,20

Anhang 24: Verbale Kommunikation Szene 8

	Arzt 4				Patient 2			
	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt	Charakter	Konflikt	Lösung	Gesamt
Ich-Aussage	0	1	1	2	4	0	2	6
Du/ Sie-Aussage	0	0	2	2	0	0	0	0
Wir-Aussage	0	1	2	3	0	0	0	0
Man-Aussage	0	6	0	6	0	0	0	0
Es-Aussage	0	0	0	0	0	0	0	0
Frage	3	0	1	4	0	0	0	0
Bejahen	0	0	2	2	1	3	8	12
Verneinen	0	0	0	0	0	0	0	0
Anweisung/ Aufforderung	0	0	1	1	0	0	0	0
Sachliche Beschreibung	0	2	5	7	9	1	1	11
Aktives Zuhören	2	0	0	2	0	0	2	2
Gesamt	5	10	14	29	14	4	13	31
+	2	1	3	6	5	3	12	20
-	0	6	2	8	0	0	0	0
0	3	3	9	15	9	1	1	11
Score	2	-5	1	-2	5	3	12	20
Verbale Aussagen pro Minute								
Ich-Aussage	0,00	1,20	1,07	0,71	3,81	0,00	2,14	2,13

Du/ Sie- Aussage	0,00	0,00	2,14	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00
Wir-Aussage	0,00	1,20	2,14	1,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Man-Aussage	0,00	7,20	0,00	2,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Es-Aussage	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Frage	2,86	0,00	1,07	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Bejahen	0,00	0,00	2,14	0,71	0,95	3,60	8,57	4,26
Verneinen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Anweisung/ Aufforderung	0,00	0,00	1,07	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Sachliche Beschreibung	0,00	2,40	5,36	2,49	8,57	1,20	1,07	3,91
Elemente Aktives Zuhören	1,90	0,00	0,00	0,71	0,00	0,00	2,14	0,71
Gesamt	4,76	12,00	15,00	10,30	13,33	4,80	13,93	11,01
+/min	1,90	1,20	3,21	2,13	4,76	3,60	12,86	7,10
-/min	0,00	7,20	2,14	2,84	0,00	0,00	0,00	0,00
0/min	2,86	3,60	9,64	5,33	8,57	1,20	1,07	3,91
Score/min	1,90	-6,00	1,07	-0,71	4,76	3,60	12,86	7,10

Anhang 25: Auswertung der Körpersprache

	+	-	0
Sitzen	Enger aneinander rücken	Bewegung der Schultern weg von der Parallellinie (in vis-a-vis)	Überschlagene Beine → zeigen Aufgeschlossenheit wie auch Akzente der Reserve
	Zueinander beugen	Fuß auf dem entgegengesetzten Knie → Unterschenkel kann eine schützende Barriere bilden	Zurücklehnen, auf den Hinterbeinen des Stuhles wippen → Beobachterposition
	Offener, legerer Sitz → Vertraulichkeit	Sitzen auf der Stuhlkante → Bereitschaft zur Flucht, Unsicherheit kurzes Anheben und Zurechtrücken im Sitz → Unbehaglichkeit und Wunsch zu gehen	Handtasche auf dem Schoß und geschlossene Beine → „Braves Kind“ (dahinter können Ängste und Unsicherheit stecken)
		Kopfschiefelage → weicht der Konfrontationslinie aus	
	Gestreckte Beine → Entspannung	Doppelt-verriegelte Beine → innere Verspannung und Unbeweglichkeit	
	Aufrechte Oberkörperhaltung → Vitalität	Eingesunkener Oberkörper → Passivität	
		Hintereinander verriegelte Füße am Knöchel → Zurückhalten von Informationen sowie innere Verspannung	
		Gehbewegungen und Tippeln mit den Füßen → Fluchtreflexe	
		Verschränkung der Beine am Stuhlbein → Festklammern am Standpunkt	
		Trittbewegung des Fußes → Reaktion auf nicht akzeptable Reize. Wippt jemand mit dem Fuß, während das Gegenüber mit gespreizten Beinen sitzt symbolisiert dies Aggressivität	
Brust und Atmung	Tiefes Einatmen → Loslegen	Kurzes Luftholen und wieder rauslassen → Resignation	
Kopf und Hals		Schulter hochziehen oder Kinn absenken → Verteidigung (der Halsgefäße)	

	Kopf wird im Gespräch zur Seite geneigt → Vertrauen und Aufnahmefähigkeit	Kopf schnell zurück zur Mittellinie → Anstoß, Konfrontation, Widerspruch	
		Anheben des Kinns und Freilegung des Halses → Hochmut, selbstbewusste Konfrontation	
Augen	Weitung der Pupille → man sieht etwas begehrenswertes, angenehmes	Verengung der Pupille → abstoßende Eindrücke, feindselige Gedanken	
	Augenmuskeln sind locker, Kopf neigt sich zur Seite, Nacken ist weich → zärtlicher Blick (z.B. Mutter/Kind, Liebende)	Intensiver Blick in gerader Linie → Konfrontation und Fixierung	Abschweifen des Blicks → Unterbrechung der Konfrontation
		Abreißen des Blickkontakts über längere Zeitspanne → Informationsabgabe wird einseitig	
		Zukneifen eines Auges → Misstrauen und Ungläubigkeit	
		Blick nach oben → Suche nach Beistand von höherer Instanz	
		Schließen der Augen → Abschirmung gegen Reize von außen, Ermüdung, Erschöpfung, Überbeanspruchung	
			Öffnen des Mundes → Staunen, Überraschung, Schrecken
Mund und Nase	Mundwinkel gehen nach oben → etwas schmeckt süß	Mundwinkel gehen nach unten → etwas ist bitter Mundwinkel gehen nach hinten → besonders sauer	
	Lächeln	Zusammengepresste Lippen → Weigerung etwas anzunehmen Zusammengebissene Zähne → Weigerung nachzugeben	Gespitzte Lippen → Unentschiedenheit
		Nase rümpfen → etwas ist unangenehm	Zucken der Nasenflügel → intensives Nachdenken

Hände	Öffnen der Hände → Einleitung von Aktivität	Passiv-runterhängende Arme und Hände am Körper → kein Willen zur Handlung oder Kommunikation	
		Verschränkung der Arme vor der Brust → Defensive (mit hochgezogenen Schultern und gesenktem Kinn)	Auch Geste des Zuhörens und Bremsen des eigenen Tatendrangs
	Zeigen der Handinnenfläche → Vertrauen, Bereitschaft friedlich und wohlgesonnen zu handeln, signalisiert Achtung, lädt zur offenen Diskussion ein	Zuwendung der Handaußenseiten → Abschirmung der Gefühle, kaum Entgegenkommen (Besonders intensiv wenn unter dem Tisch)	
		Bewegung mit verdeckter Hand von oben nach unten → unterdrückt Gegenbewegung, erschwert Gegenargument → Dominanzbewegung	
		Haltsuchen/Festklammern mit der Hand → Bedrohungssituation, Zuflucht suchen	
	Streicheln der Handfläche oder Gegenstand (z.B. Stift) → Erhöhung der Sensibilität, Steigerung des Empfindungsvermögens, Wunsch nach Zärtlichkeit	Ballen der Faust → aggressiver Reiz	
		Wegschieben von Dingen oder imaginären Gegenständen → Abschieben eines Vorschlags, Ablehnung von Verantwortung	Ordnen und Zurechtrücken von Dingen auf dem Tisch → Bedürfnis Ordnung herzustellen, Informationen sind zu fahrig
	Finger bilden eine Pyramide und berühren sich zart → Abwägung, Suchen nach Berührungspunkten, Bereitschaft zur Einigung	Aufgestellte Arme auf dem Ellenbogen mit Faust in Hand oder verschränkten Fingern → Errichten einer Schutzmauer: Angriff oder Verteidigung	
	Hände aneinander reiben → Zufriedenheit, Bereitschaft zur Aktivität	Hände aufeinander reiben → Schadenfreude	

	Handteller liegen diagonal ineinander, Finger schließen sich darum → suggeriert Umarmung, Beruhigung		
			Hand zur Stirn → Besinnung auf etwas
			Fingerkuppen klopfen gegen die Schläfe → Versuch einen Gedanken zu wecken Streichen über die Schläfe → Suche nach neuen Gedanken
		Stirn und Augen sinken in die Hände → Erschöpfung	Stirn und Augen sinken in die Hände → Konzentration auf etwas
			Finger streichen unter der Nase und über die Oberlippe → Überprüfung von Gedanken
		Hände reiben den Nacken → Unbehaglichkeit	Hand fährt zum Mund → Blockierung einer voreiligen Äußerung
		Kauen auf den Fingernägeln → Weigerung die Realität zu schlucken	

12 Danksagung

Herzlichen Dank zuerst an meine Betreuerin und Doktormutter Frau Prof. Dr. Sigrid Harendza. Ohne sie hätte ich diese Arbeit vermutlich niemals beendet. Eine bessere und motivierendere Betreuung hätte ich mir nicht wünschen können und ich bin unendlich dankbar für die ausdauernden Korrekturen und Ratschläge. Danke für die Geduld, die sie über die Jahre mit mir hatte und die hervorragende Zusammenarbeit.

Ganz herzlichen Dank auch an Prof. Dr. Yskert von Kodolitsch. Nur durch seine Inspiration ist diese Arbeit überhaupt zustanden gekommen. Danke für dieses innovative Projekt und die gute Zusammenarbeit.

Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ali Wiechmann, dem Mitgründer und Geschäftsführer des SCHARLATAN-Theaters für die Ermöglichung dieser Kooperation, sowie bei Michael Brandt für die hervorragende künstlerische Leitung des Projekts und die szenische Konzeption der Patienten/innen. Vielen Dank an Melanie Wandel und Marc von Henning, die den 3D-Patienten und Patientinnen erst Leben eingehaucht und in wunderbarer Detailarbeit die Charaktere verkörpert und gestaltet haben. Anne Baumann bin ich für ihre großartige und perfekte Organisation aller Abläufe vor und während des Filmdrehs sehr dankbar. Danke an Oliver Nimz, der alle Gespräche mit drei Kameras auf Film gebannt und damit perfektes Ausgangsmaterial für meine Auswertungen kreiert hat.

Ein besonders großes Dankeschön möchte ich an die Ärztinnen und Ärzte aussprechen für ihre engagierte Mitarbeit: Dr. Tuhama Chahoud, Dr. Nele Geßler, Dr. Matthias Janneck und Dr. Tjark Schwemer.

Mein Dank geht auch an die Entwickler und Entwicklerinnen der EXMARALDa-Transkriptionsprogramms der Universität Hamburg, die das Programm kostenlos zur Verfügung stellen.

Meinen persönlichen Dank möchte ich ganz besonders meinem Ehemann Samuel Reincke für die Unterstützung über die Jahre der Arbeit aussprechen. Danke für die geduldige Beratung und Hilfe. Zudem danke ich auch meinen Eltern Sabine Schwerdtner und Christian Dannehl für die Unterstützung auf vielen unterschiedlichen Wegen.

13 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.

14 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: