

Die Rolle der Sprache in der Medizin

DR. PAVLA SCHÄFER

GERM. SPRACHWISSENSCHAFT & GREIFSWALDER NETZWERK MEDICAL HUMANITIES

2.5.2024, RINGVORLESUNG MEDIZINETHIK



INSTITUT

MITARBEITENDE

STUDIUM

FORS

[Institut für Deutsche Philologie](#) > [Mitarbeitende](#) > Mitarbeitende O-Si > Pavla Schäfer

Dr. phil. Pavla Schäfer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Arbeitsbereich Germanistische Sprachwissenschaft

Institut für Deutsche Philologie

Rubenowstraße 3

Büro Raum 3.17

17487 Greifswald

Leiterin der DFG-Projektes "Lehrbücher und Denkstile" (Kurztitel)

Sprecherin des Greifswalder Netzwerks Medical Humanities

✉ pavla.schaefer@uni-greifswald.de

Tel: +49 3834 420 3432

Sprechzeiten der vorlesungsfreien Zeit im WS 2023/ 2024

- Mi, 31.01., 15:30-16:30 Uhr (in Präsenz oder digital)
- Do, 08.02., 9:30-10:30 Uhr (digital)

Weitere Termine sind nach Bedarf möglich, dann bitte um Voran

Dr. Pavla Schäfer

Arbeitsbereich: Germanistische Sprachwissenschaft



„Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen. Eine linguistische Analyse von Sprachgebrauchsmustern als Indikatoren für Denkstile“

- gefördert durch die DFG, Projektbeginn im Frühjahr 2022
- Hilfskräfte im Projekt: Mirjam Weiß und Helge Kupz
- zur Durchführung des Projektes freigestellt von der Stelle im Grundschullehramt

Seit der Gründung der Homöopathie durch Samuel Hahnemann im Jahre 1810 gibt es immer wieder Auseinandersetzungen zwischen der Schulmedizin und der Homöopathie. Auch heute – über 200 Jahre nach ihrer Gründung – wird die Homöopathie und ihre Rolle auf dem Gesundheitsmarkt heftig diskutiert. Im geplanten Projekt werden Schulmedizin und Homöopathie nach der Wissenschaftstheorie von Ludwik Fleck als zwei „Denkkollektive“ mit unterschiedlichen „Denkstilen“ konzeptualisiert. Dem Projekt liegt die zentrale Annahme zugrunde, dass sich Denkstile in Sprachstilen manifestieren. Sprachstile werden aufgefasst als spezifische Inventare von Sprachgebrauchsmustern. Folglich dienen Sprachgebrauchsmuster - definiert im weiteren Sinne - als Kontextualisierungshinweise und können als Indikator für Denkstile interpretiert werden. Im Projekt stehen aktuelle Lehrbücher aus beiden Denkkollektiven im Vordergrund. Lehrbücher haben die Funktion, in den jeweiligen Denkstil hineinzuführen und künftige ExpertInnen auszubilden. In Lehrbüchern wird das spezifische Wissen eines Denkkollektivs gefestigt und kanonisiert und durch Prüfungen wird es kontrolliert. Die Lehrbücher werden mithilfe einer integrativen Methode untersucht, die eine hermeneutische Textanalyse in der ersten Phase mit einer korpuslinguistischen Analyse in der zweiten Phase kombiniert. Die Analyseebenen sind auf verschiedenen Analyseebenen verortet. Untersucht werden u.a. die Terminologie, Metaphorik, syntaktische Konstruktionen, Textgliederung, Textlayout, Kollokationen oder n-Gramme. Das Ziel des Projektes besteht darin, Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Sprachgebrauchsmustern zu identifizieren und diese auf der Grundlage der Denkstiltheorie Ludwik Flecks zu interpretieren. Auf diesem Weg kann das Projekt einen neuen Aspekt zu der aktuellen Diskussion ergänzen und eine Reflexionsbasis für einen produktiven Dialog schaffen.



FAKULTÄT

STUDIUM

INSTITUTE

FORSCHUNG

VERANSTALTUNGEN

[Philosophische Fakultät](#) > [Forschung](#) > Interfakultäre Zentren > Medical Humanities

Medical Humanities

- > Ziele
- > Expertise
- > Veranstaltungen

Greifswalder Netzwerk Medical Humanities

Wer sind wir?

Das Netzwerk vereint etwa 30 aktive Mitarbeitende und Studierende aus rund 15 Bereichen der Universität Greifswald und der Universitätsmedizin Greifswald. Es versteht sich als eine offene Plattform für interdisziplinären und interprofessionellen Austausch mit dem Themenschwerpunkt Medical Humanities. Vertreten sind alle Statusgruppen, die aus verschiedenen Perspektiven medizinische Themen betrachten. Das Netzwerk bietet Expertise in Forschung und Lehre sowie Kooperationsmöglichkeiten zu diversen Themen aller beteiligten Disziplinen.

Zu den Bereichen, die in Forschung und Lehre bearbeitet werden, zählen neben klinischer Praxis in der Krankenbehandlung auch die Einbettung der Medizin in historische, gesellschaftliche, ethische und kommunikative Kontexte. Konkrete Themen umfassen die Arzt-Patienten-Kommunikation, Gendermedizin, Präventionsmaßnahmen, Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit, Anwendung von Smartphone-Apps zur Erkennung psychischer Krankheiten, massenmediale Gesundheitsdiskurse wie Depressionsdiskurs oder Homöopathiediskurs sowie Krankheitsnarrative.



Anknüpfungspunkte zu bisherigen
Vorlesungen...



Ringvorlesung Medizinethik

Übergeordnete Lernziele:

Wir wünschen uns, dass Sie...

- ✓ *grundlegende Fragestellungen, Themenfelder, Begriffe, Konzepte und Theorien der Medizinethik benennen und in wenigen Sätzen erläutern können.*
- ✓ *medizinethische Probleme am Beispiel ausgesuchter Themenfelder erkennen, differenziert einordnen und kritisch diskutieren können.*
- ✓ *für die moralische Dimension ärztlichen und pflegerischen Handelns und gesundheitsökonomischer Entscheidungen sensibilisiert werden.*

Kommentare aus der Tagespresse

- „endlose Manipulation am bereits sterbenden Körper“

Zeit (2007)

- „ausgeliefert sein in einem unpersönlichen Gesundheitsbetrieb“

Rhein. Merkur (2006)

- „herzlose High-Tech-Medizin bei weiterhin geringen Heilungsaussichten“

FAZ (2006)

- „Übertherapie am Lebensende“

Süddt. Zeitung (20.6.2007)

Neue Zürcher Zeitg. (2014)

Zeit (2015)



Spannungsfeld Therapiebegrenzung

Organdysfunktion und Alter



Glaube an ...

Gesetze

Erfahrungen, menschliche Reife

Pflegekräfte

Patient

**Behandlungsführer
Grundkrankheit**

Angehörige

Persönliche Erlebnisse

Intensivmediziner

Moralauffassungen

Wirtschaftliche Aspekte

Folie von M.
Gründling,
25.4.2024

Worum wird es gehen?

1. Was ist und macht die Linguistik?
2. Warum sollte man sich mit der Sprache beschäftigen, wenn man Medizin oder BWL studiert?
3. Was sind die Medical Humanities und warum sind sie wichtig?

Worum wird es gehen?

1. Was ist und macht die Linguistik?
2. Warum sollte man sich mit der Sprache beschäftigen, wenn man Medizin oder BWL studiert?
3. Was sind die Medical Humanities und warum sind sie wichtig?

Was ist die Linguistik?



Systemlinguistik

Wie ist das **System der Sprache(n)**
aufgebaut und wie funktioniert es?

Was ist die Linguistik?

Wie nutzen Menschen die Sprache(n) und zu welchen Zwecken?
= Wie **handeln** Menschen mittels Sprache?

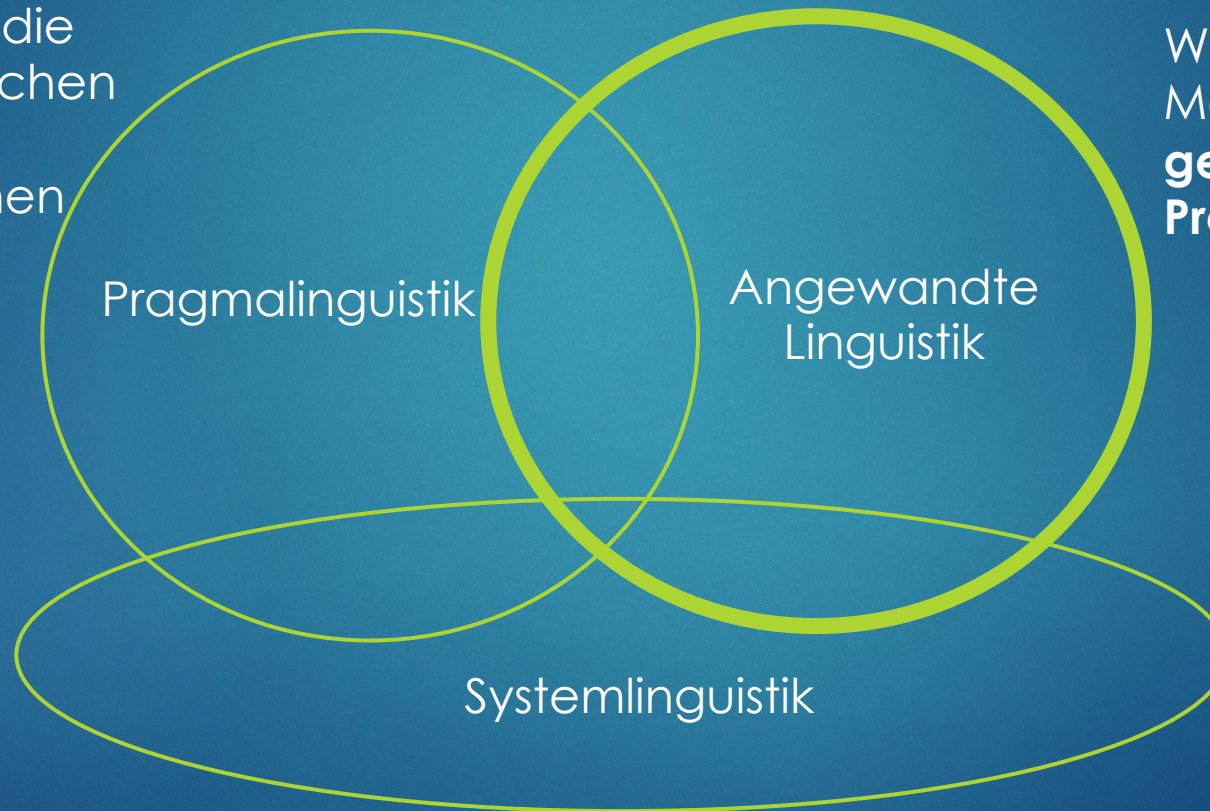
Pragmalinguistik

Systemlinguistik

Wie ist das **System der Sprache(n)** aufgebaut und wie funktioniert es?

Was ist die Linguistik?

Wie nutzen Menschen die Sprache(n) und zu welchen Zwecken?
= Wie **handeln** Menschen mittels Sprache?



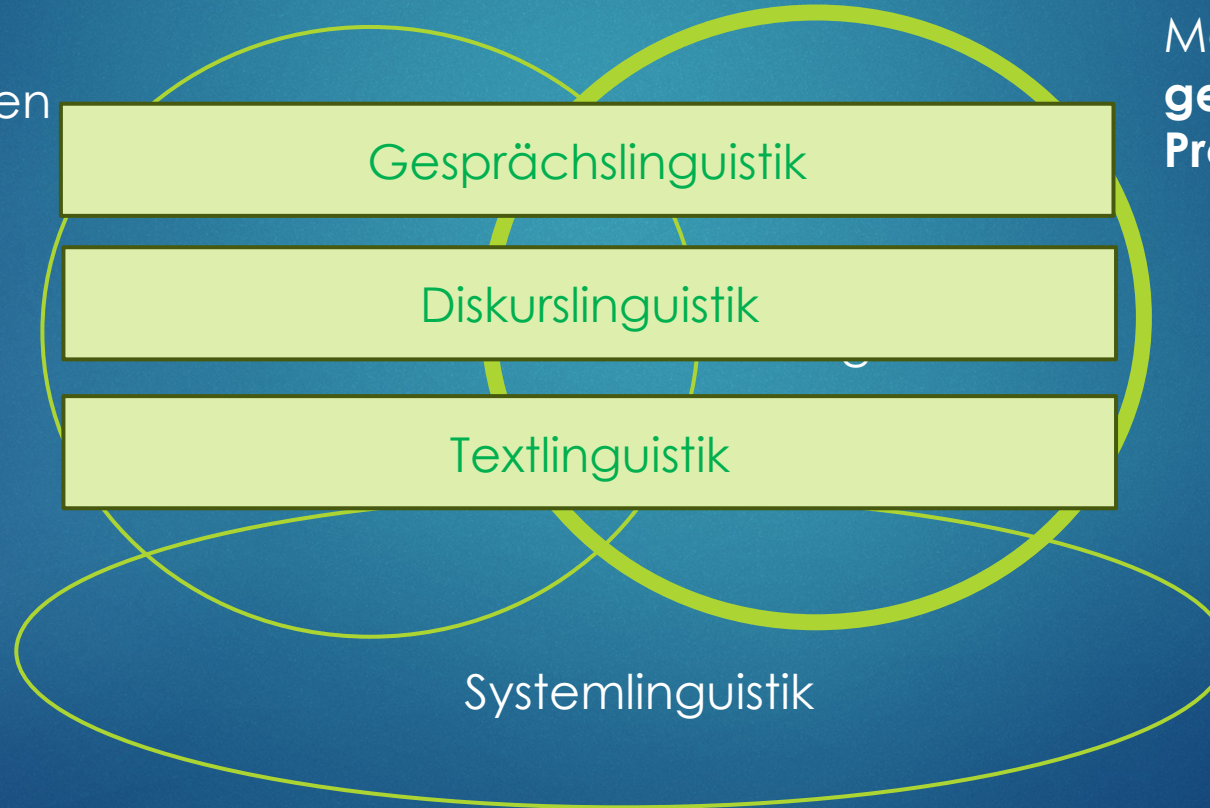
Wie kann man die linguistischen Methoden und Erkenntnisse für **gesellschaftliche Fragen und Probleme** fruchtbar machen?

Wie ist das **System der Sprache(n)** aufgebaut und wie funktioniert es?

Was ist die Linguistik?

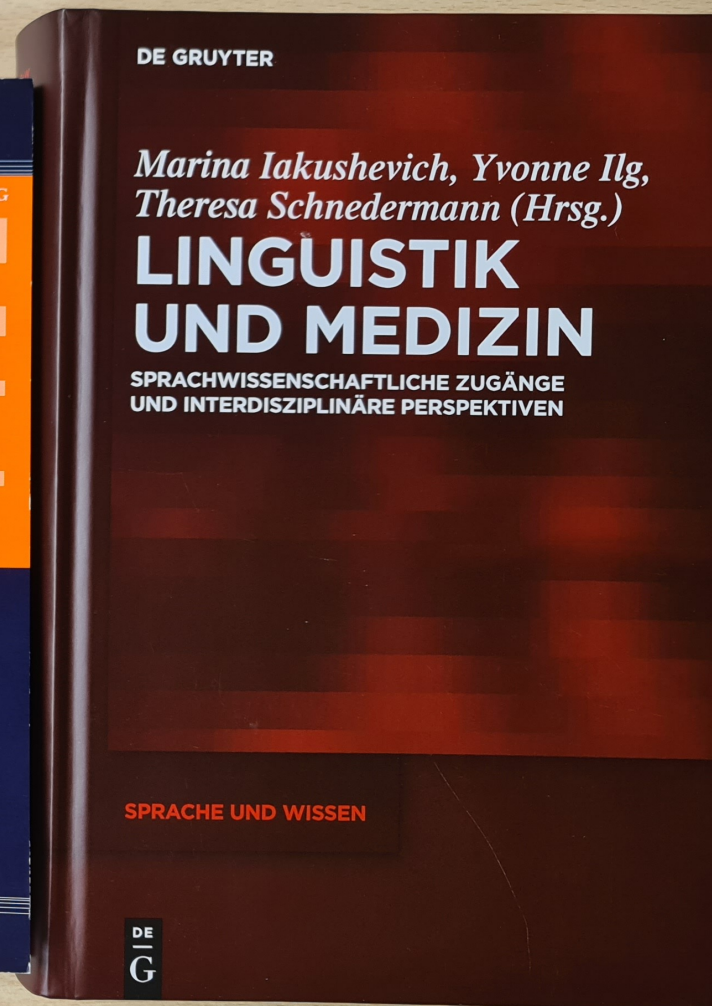


Wie nutzen Menschen die Sprache(n) und zu welchen Zwecken?
= Wie **handeln** Menschen mittels Sprache?



Wie kann man die linguistischen Methoden und Erkenntnisse für **gesellschaftliche Fragen und Probleme** fruchtbar machen?

Wie ist das **System der Sprache(n)** aufgebaut und wie funktioniert es?



Grundannahmen der Pragmatik

Grundannahmen der pragmatischen bzw. anwendungsorientierten Linguistik

1. Sprechen und Schreiben ist soziales Handeln.
2. Stil (= das Wie) ist bedeutsam und kein Schnickschack.
3. Bedeutung sprachlicher Zeichen entsteht im Gebrauch (schriftlich wie mündlich).

1. Soziales Handeln

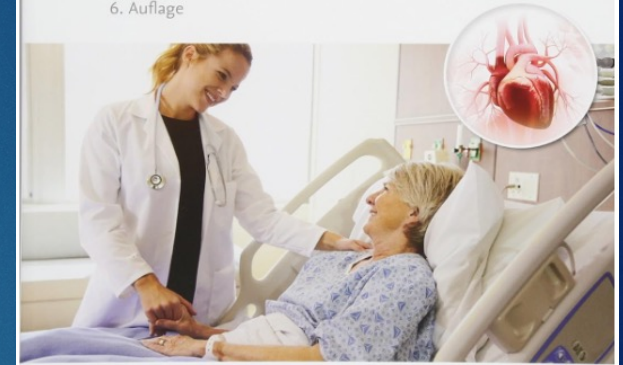


Abb. E.1 Der Landarzt. Im Jahre 1948 dokumentierte der Bildjournalist W. E. Smith die tägliche Arbeit des im ländlichen Colorado praktizierenden Allgemeinarztes Dr. Ernest Ceriani. Seine im *Life* Magazine veröffentlichte Bilderserie zeigt das elementar menschliche Gesicht des Arztberufes. [J743-001]

J. Braun D. Müller-Wieland
H. Renz-Polster S. Krautzig

Basislehrbuch Innere Medizin

6. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

IM1:
J. Braun, D. Müller-Wieland
(2017): Basislehrbuch. Innere
Medizin. Elsevier. Urban &
Fischer.

Helfen und Heilen

H. Renz-Polster, J. Braun

Helfen, aber wie?

Die meisten Kollegen, die ich kenne, inklusive meiner selbst, haben die ärztliche Laufbahn gewählt, um anderen Menschen zu helfen. Welches Ziel könnte einen mehr motivieren?

John D. Lantos, ein Kinderarzt und Medizinethiker, schreibt in seinem Buch *Do We Still Need Doctors* über seinen Einsatz als Medizinstudent in Afrika: „I saw how pitifully easy it would be to save lives. I realized that, if my goal as a doctor was simply to save as many lives as I could, I should leave the United States and go almost anywhere else. [...] With a backpack full of tetanus toxoid or oral rehydration solution, I could trek through most countries in the world and save more lives in a week than I would save in Pittsburgh or Chicago in my entire lifetime.“¹

Lantos berührt ein Thema, das viele von uns umtreibt. Wir wollen Gutes tun, aber was ist das Gute? Wie messen wir den „Erfolg“ unserer Arbeit? Wie vergleicht sich die Arbeit eines Herzchirurgen mit dem Einsatz Albert Schweitzers? Wie den einer Hausärztin mit dem einer Forscherin? Wie, um den Gedanken weiterzuspinnen, den eines durchschnittlichen Arztes mit dem einer Erzieherin, eines Stadtplaners, einer Musikerin?

Diese Fragen sind unmöglich zu beantworten und doch spielen sie eine Rolle, wenn es um die Zuweisung gesellschaftlicher Ressourcen geht: Sollen wir mehr Geld in die Transplantationsmedizin pumpen? Oder in die Gesundheitsvorsorge? Oder mehr Geld für Sexuaufklärung bereitstellen? Mehr Geld für Lipidsenker? Oder mehr Geld zur Förderung von Fahrradwegen? Während wir uns nur schwer vorstellen können, uns zwischen diesen Zielen entscheiden zu müssen, wird täglich in Politik und Verwaltung über diese Fragen entschieden. Wir Ärzte sollten uns an diesem Prozess sachverständig beteiligen.

Helfen hat Grenzen

Wer länger im Krankenhaus oder in einer Praxis gearbeitet hat, weiß, dass Gesundheit zum größten Teil *außerhalb* der Kliniken, *außerhalb* der Praxen und damit unabhängig von ärztlichem Denken und Lenken „passiert“. Denn obwohl es an Einsatz und gutem Willen nicht mangelt, liegt nur ein kleiner Teil der Gesundheit unserer Patienten tatsächlich „in unserer Macht“. Viele Aspekte von Gesundheit und Krankheit sind in Bereichen angesiedelt, in die wir allenfalls als Bürger, Eltern,

Nachbarn, politisch Denkende, im Wirtschaftsleben Handelnde hineinreichen – jedoch nicht als Ärzte (> Kasten „Nicht nur Medizin macht gesund“).

So sind die USA zwar in der medizinischen Sparte der Neonatologie eindeutiger Klassenprimus, was Forschung, medizinische Erfindungen sowie finanzielle Ausstattung der Neugeborenenintensivstationen angeht, rangieren im internationalen Vergleich der Säuglingssterblichkeit jedoch seit Jahren jenseits der 20. Stelle – selbst innerhalb der USA unterscheidet sich die Säuglingssterblichkeit von Bundesstaat zu Bundesstaat um über 300%, trotz identischer Standards und Ausstattung der medizinischen Institutionen. Die von außerhalb des Krankenhauses in die Kliniken getragenen Risiken (in diesem Falle Armut, Drogenmissbrauch, Teenager-Schwangerschaften und Gewalt gegen schwangere Frauen) können auch vom besten medizinischen Reparatursystem nicht wettgemacht werden (s. u. „Mehr Medizin – mehr Gesundheit?“).

GUT ZU WISSEN

Nicht nur Medizin macht gesund

Viele nichtmedizinische Gesundheitsmaßnahmen sind uns so vertraut, dass wir sie kaum mehr als Teil der gesellschaftlichen Gesundheitsanstrengung betrachten. Gehen wir einmal zusammen durch den Tag. Aufwachen, Nachtschlampe anmachen – der eingebaute Schutzkontakt ist heute gesetzlich vorgeschrieben und hat unzählige Stromverletzungen verhindert. Ab ins Bad, Zähneputzen – zur Vorbeugung gegen Karies. Das gegurgelte Wasser wird vom Wasserwerk ständig auf Bakterien und Schadstoffe überprüft. Das leckere Frühstück stammt garantiert aus einem von der Lebensmittelkontrolle geprüften Betrieb – diese Behörde soll uns Krankheitserreger und Giftstoffe vom Leib halten. Die Milch ist pasteurisiert – ebenfalls zu unserer Sicherheit. Ins Auto springen, anschnallen ... Vor Nachbarn Kindern abbremsen – dass die Bremse funktioniert, dafür sorgt unter anderem der TÜV – gut für die jungen Menschen auf der Straße. Und der Arbeitsplatz? Wie er aussieht, das regeln inzwischen Tausende von Verordnungen des Arbeitsschutzes – von den zulässigen Lärmpegeln über die maximale Schadstoffbelastung bis hin zum Design des Büroplatzes. Um vier nach Hause – die von der Gewerkschaft erstrittene Regelung beugt in vielen Berufen Überlastungen vor.²

Eine andere Grenze unseres Helfens sind die abweichenden Wertesysteme unserer Patienten. Nicht alle Patienten teilen die Therapieziele, die wir für sie haben. Oder sie glauben nicht,

² Leider kennen wir auch Einflüsse, die wir als gesundheitsschädlich identifiziert haben, aber dennoch weiterhin akzeptieren, wie etwa fehlende Geschwindigkeitsbegrenzungen auf Autobahnen und, vor allem, Armut.

¹ John D. Lantos: *Do We Still Need Doctors*. Routledge, 1997.

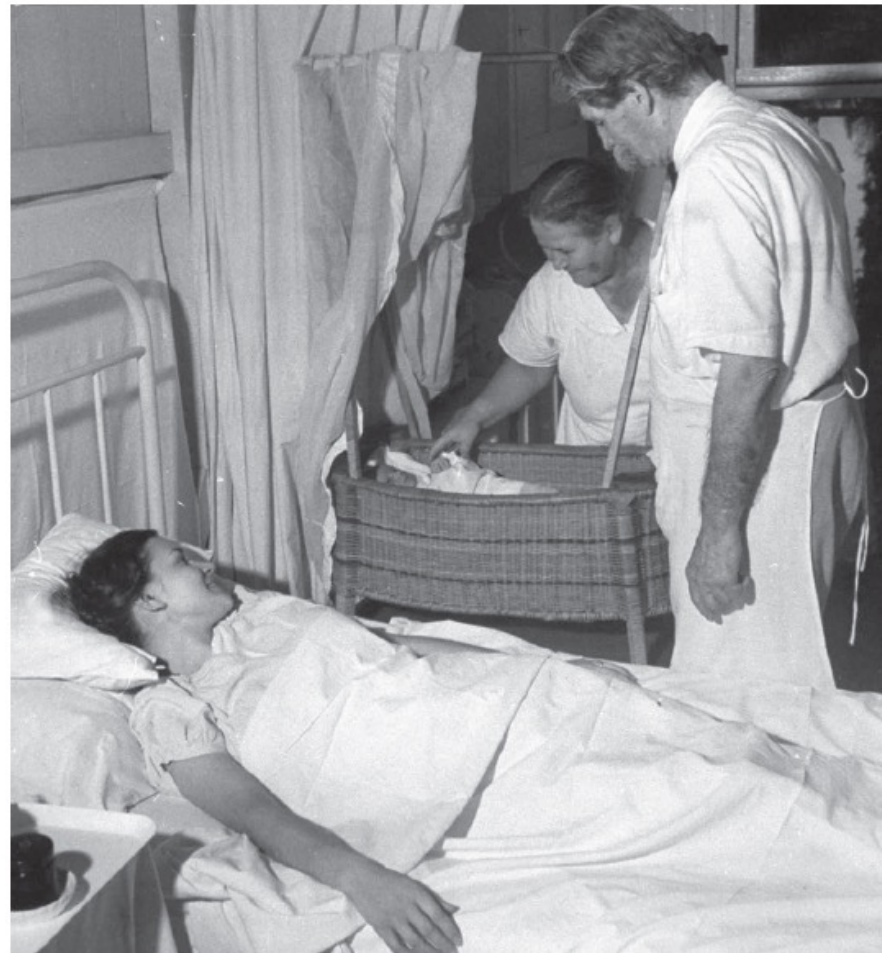


Abb. E.2 Albert Schweitzer. Die meisten im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen wählen ihren Beruf, weil sie anderen Menschen „helfen“ wollen. Woran kann diese Hilfe gemessen werden? An der Zahl der geheilten Patienten? An der möglichst „hilfreichen“ Begleitung der unheilbaren Patienten? Dem Zugewinn an Erkenntnis? Der Entwicklung neuer Heilmethoden? Der Zufriedenheit der Patienten? Der Einbeziehung von vom Gesundheitssystem vernachlässigten Patienten? Der Zufriedenheit der eigenen Kinder oder Lebenspartner? Der eigenen Zufriedenheit? [J789]

dass ihnen das hilft, was der Arzt verordnet – nach einschlägigen Studien ist davon auszugehen, dass Patienten in weniger als der Hälfte der Fälle überhaupt den Therapievorschlägen ihrer Ärzte folgen (> 14.2.5). Sie glauben, öfter als erwartet, dass sich das Ziel besser auf anderem Wege erreichen lassen.

Da ist z. B. die somalische Patientin, die während der Geburt eine Zigarette rauchen will, weil es in ihrem Stamm so gehandhabt wird („You give me tobacco, I give you baby ...“, sagte z. B.

Helfen und Heilen

H. Renz-Polster, J. Braun

Helfen, aber wie?

Die meisten Kollegen, die ich kenne, inklusive meiner selbst, haben die ärztliche Laufbahn gewählt, um anderen Menschen zu helfen. Welches Ziel könnte einen mehr motivieren?

John D. Lantos, ein Kinderarzt und Mediziner, schreibt in seinem Buch *Do We Still Need Doctors* über seinen Einsatz als Medizinstudent in Afrika: „I saw how pityfully easy it would be to save lives. I realized that, if my goal as a doctor was simply to save as many lives as I could, I should leave the United States and go almost anywhere else. [...] With a backpack full of tetanus toxoid or oral rehydration solution, I could trek through most countries in the world and save more lives in a week than I would save in Pittsburgh or Chicago in my entire lifetime.“¹

Lantos berührt ein Thema, das viele von uns umtreibt. Wir wollen Gutes tun, aber was ist das Gute? Wie messen wir den „Erfolg“ unserer Arbeit? Wie vergleicht sich die Arbeit eines Herzchirurgen mit dem Einsatz Albert Schweitzers? Wie den einer Hausärztin mit dem einer Forscherin? Wie, um den Gedanken weiterzuspinnen, den eines durchschnittlichen Arztes mit dem einer Erzieherin, eines Stadtplaners, einer Musikerin?

Diese Fragen sind unmöglich zu beantworten und doch spielen sie eine Rolle, wenn es um die Zuweisung gesellschaftlicher Ressourcen geht: Sollen wir mehr Geld in die Transplantationsmedizin pumpen? Oder in die Gesundheitsvorsorge? Oder mehr Geld für Sexualaufklärung bereitstellen? Mehr Geld für Lipidsenker? Oder mehr Geld zur Förderung von Fahrradwegen? Während wir uns nur schwer vorstellen können, uns zwischen diesen Zielen entscheiden zu müssen, wird täglich in Politik und Verwaltung über diese Fragen entschieden. Wir Ärzte sollten uns an diesem Prozess sachverständig beteiligen.

Helfen hat Grenzen

Wer länger im Krankenhaus oder in einer Praxis gearbeitet hat, weiß, dass Gesundheit zum größten Teil *außerhalb* der Kliniken, *außerhalb* der Praxen und damit unabhängig von ärztlichem Denken und Lenken „passiert“. Denn obwohl es an Einsatz und gutem Willen nicht mangelt, liegt nur ein kleiner Teil der Gesundheit unserer Patienten tatsächlich „in unserer Macht“. Viele Aspekte von Gesundheit und Krankheit sind in Bereichen angesiedelt, in die wir allenfalls als Bürger, Eltern,

Nachbarn, politisch Denkende, im Wirtschaftsleben Handelnde hineinreichen – jedoch nicht als Ärzte (> Kasten „Nicht nur Medizin macht gesund“).

So sind die USA zwar in der medizinischen Sparte der Neonatologie eindeutiger Klassenprimus, was Forschung, medizinische Erfindungen sowie finanzielle Ausstattung der Neugeborenenintensivstationen angeht, rangieren im internationalen Vergleich der Säuglingssterblichkeit jedoch seit Jahren jenseits der 20. Stelle – selbst innerhalb der USA unterscheidet sich die Säuglingssterblichkeit von Bundesstaat zu Bundesstaat um über 300%, trotz identischer Standards und Ausstattung der medizinischen Institutionen. Die von außerhalb des Krankenhauses in die Kliniken getragenen Risiken (in diesem Falle Armut, Drogenmissbrauch, Teenager-Schwangerschaften und Gewalt gegen schwangere Frauen) können auch vom besten medizinischen Reparatursystem nicht wettgemacht werden (s. u. „Mehr Medizin – mehr Gesundheit?“).

GUT ZU WISSEN

Nicht nur Medizin macht gesund

Viele nichtmedizinische Gesundheitsmaßnahmen sind uns so vertraut, dass wir sie kaum mehr als Teil der gesellschaftlichen Gesundheitsanstrengung betrachten. Gehen wir einmal zusammen durch den Tag. Aufwachen, Nachttischlampe anmachen – der eingebaute Schutzkontakt ist heute gesetzlich vorgeschrieben und hat unzählige Stromverletzungen verhindert. Ab ins Bad, Zähneputzen – zur Vorbeugung gegen Karies. Das gegurgelte Wasser wird vom Wasserwerk ständig auf Bakterien und Schadstoffe überprüft. Das leckere Frühstück stammt garantiert aus einem von der Lebensmittelkontrolle geprüften Betrieb – diese Behörde soll uns Krankheitserreger und Giftstoffe vom Leib halten. Die Milch ist pasteurisiert – ebenfalls zu unserer Sicherheit. Ins Auto springen, anschnallen ... Vor Nachbarn Kindern abbremsen – dass die Bremse funktioniert, dafür sorgt unter anderem der TÜV – gut für die jungen Menschen auf der Straße. Und der Arbeitsplatz? Wie er aussieht, das regeln inzwischen Tausende von Verordnungen des Arbeitsschutzes – von den zulässigen Lärmpegeln über die maximale Schadstoffbelastung bis hin zum Design des Büroplatzes. Um vier nach Hause – die von der Gewerkschaft erstrittene Regelung beugt in vielen Berufen Überlastungen vor.²

Eine andere Grenze unseres Helfens sind die abweichenden Wertesysteme unserer Patienten. Nicht alle Patienten teilen die Therapieziele, die wir für sie haben. Oder sie glauben nicht,

² Leider kennen wir auch Einflüsse, die wir als gesundheitsschädlich identifiziert haben, aber dennoch weiterhin akzeptieren, wie etwa fehlende Geschwindigkeitsbegrenzungen auf Autobahnen und, vor allem, Armut.

¹ John D. Lantos: *Do We Still Need Doctors*. Routledge, 1997.

Sprechen und Schreiben ist soziales Handeln. → Handelnde Akteure (Personen, soziale Gruppen, Institutionen) und deren soziale Rollen im Blick

Interessen, Intentionen, Ziele, Motivationen, Beziehungs- und Machtverhältnisse etc. relevant für die Analyse des sprachlichen Handelns



Mürmann/Nosofsky 2000, 8-9.

20 Grundlagen der Pneumologie

Helgo Magnussen, Georg Kanzow

20.1 Grundlagen

Die Atmungsorgane dienen dem Transport und dem Austausch von Atemgasen. Zu den luftleitenden Atmungsorganen zählen Nasenhöhlen und Pharynx (obere Luftwege) sowie Kehlkopf, Trachea, Bronchien und Bronchiolen (untere Luftwege). Diese münden in den Alveolen, in denen der Gasaustausch mit dem Lungengefäßsystem stattfindet (Abb. 20.1). In den Luftwegen wird die Atemluft gereinigt, befeuchtet und erwärmt. **Im Mesopharynx kreuzen sich Nahrungsweg und Luftweg. Beim Schlucken muss der Atemweg kurzfristig unterbrochen werden.** Eine Störung des Schluckaktes kann zum Eindringen von Nahrungsbestandteilen in die Lungen (Makroaspiration) mit der Folge von schweren, abszedierenden Lungenentzündungen führen. Mikroaspirationen von Magensaft im Rahmen eines gas-

trösophagealen Refluxes oder von Sekreten, die aus dem hinteren Nasenraum an der Rachenhinterwand herablaufen (post nasal drip) sind eine häufige Ursache von chronischem Husten.

20.1.1 Anatomie

Atemwege

Die **Trachea** ist eine 10–12 cm lange Röhre, deren Vorderwand von 16–20 hufeisenförmig gebogenen **Knorpelspangen** gestützt wird. Der Querdurchmesser beträgt 1,3–2,5 cm, das Tracheallumen kann jedoch bei einer Tracheomalazie (Verlust der Stabilität der Knorpelspangen oder durch Druck von außen, z. B. bei einer Struma) hochgradig eingeeengt sein (s. S. 440). Luftnot tritt bei einer Trachealstenose un-

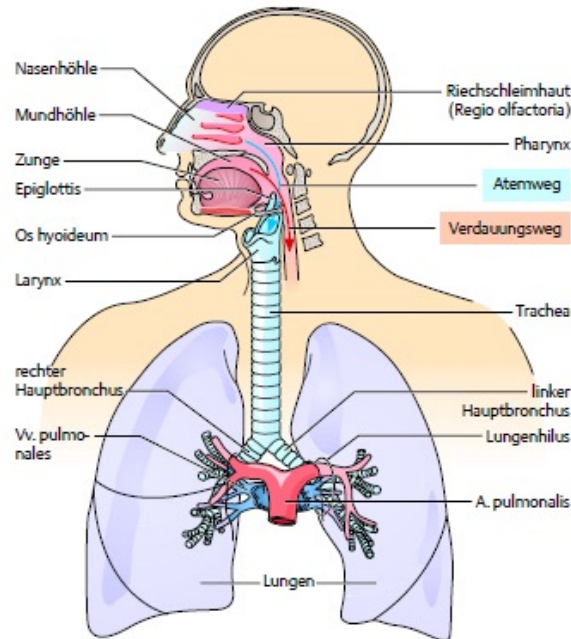


Abb. 20.1 Aufbau des respiratorischen Systems.

dimensional-schwammartiger Aufbau durch eine fein ausbalancierte Eigenelastizität aufrechterhalten wird, kann durch Entzündungen, Vernarbungen und andere interstielle Prozesse seine Dehnbarkeit verlieren.

- **Pumpversagen:** Die Lunge ist elastisch im Thorax „aufgehängt“; dieser stellt sozusagen eine Pumpe für die rhythmische Füllung des Lungenparenchyms dar. Diese Pumpe kann durch neurogene, muskuläre oder mechanische Prozesse ausfallen.

Außerdem hat der Mensch seit alters gelernt, dass die Lunge wegen ihrer phänomenalen Diffusionskapazität hervorragend geeignet ist, dem Körper volatile Genussmittel zuzuführen. Leider führt dieser kurzfristige Lustgewinn zu langfristigen Entzündungsreaktionen mit Vernarbungen und nachfolgendem Umbau der Schwammstruktur sowie einer häufigen karzinomatösen Entartung. Die Lunge teilt damit ein ähnliches Schicksal wie ein anderes mit dem Abfiltrieren von Genussmitteln beschäftigtes Organ, die Leber.

Prüfungsschwerpunkte

- +++ Pneumonie (Klinik, Diagnostik, ausgewählte Pneumonieformen), interstitielle Lungenerkrankungen (Lungenfibrose, Sarkoidose, exogen allergische Alveolitis), Tuberkulose, akute/chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Bronchialkarzinom
- ++ pulmonale Hypertonie, Lungenembolie, Pneumothorax, Schlafapnoe-Syndrom, Blutgasanalyse, Lungenfunktionsdiagnostik, Karzinoide, Pleurodese, Pancoast-Tumor, ARDS

5.1 Anatomie und Physiologie

5.1.1 Anatomie

Jeder, der sich schon einmal verschluckt hat, weiß, dass sich Nahrungsweg und Luftweg im Pharynx kreuzen. Diese im Einzelfall bedauerliche Konstruktion ist darauf zurückzuführen, dass der Lungenfisch (ein Vorgänger der Säugetiere) sein Luftloch kranial der Schnauze entwickelte, um gleichzeitig schwimmen und atmen zu können. Die unteren Luftwege sind weniger gefährlich angelegt: Die Trachea ist ein simpler, aus (nach dorsal offenen) Knorpelringen gebildeter, etwa 10–12 cm langer Kanal. Er liegt nicht genau in der Mittellinie, sondern etwas nach rechts verschoben. An der Karina (lat. carina = Keil) teilt sich die Trachea in den rechten und linken Hauptbronchus auf; der rechte Hauptbronchus verläuft dabei steiler als der linke.

MERKE

Aus diesem Grund sind Aspirationen in das rechte Bronchialsystem – hier insbesondere in den Unterlappen – häufiger als in das linke.

Dichotome Aufzweigung der Atemwege

Die beiden Lungenhälften sind nicht gleich aufgebaut (➤ Abb. 5.1). Auf der rechten Seite zweigt zunächst der Oberlappenbronchus (zur Versorgung der Segmente 1–3) ab. Der verbleibende **Bronchus intermedius** teilt sich in den Mittellappenbronchus (für Segmente 4 und 5) und in den Unterlappenbronchus (für Segmente 6–10). Auf der linken Seite teilt sich der Hauptbronchus dagegen direkt in den Unterlappen- und den Oberlappenbronchus, um so dem Herzen Platz zu machen. Vom Oberlappenbronchus gehen die Lingulasegmente (lat. kleine Zunge; Segmente 4 und 5) ab, bevor der eigentliche Oberlappen (Segmente 1–3) erreicht wird. Im linken Unterlappen (Segmente 6–10) ist im Gegensatz zum rechten Bronchialsystem das Segment 7 nicht angelegt, dieses wird bei der Zählung einfach übersprungen. Daher werden 55% der Vitalkapazität von der rechten und nur 45% von der linken Lunge erbracht.

Jeder **Lobärbronchus** teilt sich weiter in **Segment- und Subsegmentbronchien**. Nach etwa 23 Aufzweigungen sind die Alveolen erreicht (➤ Abb. 5.2). Die Bronchialwand enthält bis etwa zur siebten Aufteilung Knorpel und glatte Muskulatur. In der Schleimhaut liegen zahlreiche zilienträgende Epithelzellen sowie schleimproduzierende Becherzellen. Jenseits der siebten Aufteilung ist histologisch kein Knorpel mehr nachweisbar, die Muskelschicht und das Epithel werden dünner, auch Becherzellen verschwinden zunehmend: Die Luftwege werden nun **Bronchiolen** genannt. Zum Schluss teilen sich diese Bronchiolen innerhalb des **Azinus** (lat.: Weinbeere) in **respiratorische Bronchiolen**, die je etwa 200 **Alveolen** versorgen.

Alveolen

Jede Lunge enthält ca. 300 Millionen Alveolen mit einer Oberfläche von ca. 50 m² (➤ Abb. 5.3 und ➤ Abb. 5.4). Das die Alveolen auskleidende Epithel besteht aus großen, flachen Typ-I-Pneumozyten. Ihr extrem ausgezogenes Zytoplasma ermöglicht den eigentlichen **Gasaustausch**. Sie stammen von den kuboiden Typ-II-Pneumozyten ab, die ebenfalls in der Alveolarwand liegen. Diese sind nicht nur der Regenerationspool für die Typ-I-Pneumozyten, sondern produzieren zudem **Surfactant** (s. u.).

Typ-I-Pneumozyten sind untereinander über **Tight Junctions** verbunden. Zusammen mit dem Endothel der Blutgefäße bilden sie die **doppelschichtige alveolo-endotheliale Barriere**. Diese schottet die Alveolen gegen einen Flüssigkeitseinstrom aus dem Gefäßsystem ab. Ist die Barriere – z. B. durch eine schwere Entzündung – gestört, so resultiert ein kapilläres Leck mit Einstrom von Proteinen und Wasser in die Alveolen.

Alveolarmakrophagen

Jede Alveole wird von etwa 100 Alveolarmakrophagen bewohnt, die Makrophagenzahl kann aber erheblich schwanken

2.

20.1 Grundlagen

Die Atmungsorgane dienen dem Transport und dem Austausch von Atemgasen. Zu den luftleitenden Atmungsorganen zählen Nasenhöhlen und Pharynx (obere Luftwege) sowie Kehlkopf, Trachea, Bronchien und Bronchiolen (untere Luftwege). Diese münden in den Alveolen, in denen der Gasaustausch mit dem Lungengefäßsystem stattfindet (Abb. 20.1). In den Luftwegen wird die Atemluft gereinigt, befeuchtet und erwärmt. Im Mesopharynx kreuzen sich Nahrungsweg und Luftweg. Beim Schlucken muss der Atemweg kurzfristig unterbrochen werden. Eine Störung des Schluckaktes kann zum Eindringen von Nahrungsbestandteilen in die Lungen (Makroaspiration) mit der Folge von schweren, abszedierenden Lungenentzündungen führen. Mikroaspirationen von Magensaft im Rahmen eines gas-

5.1 Anatomie und Physiologie

5.1.1 Anatomie

Jeder, der sich schon einmal verschluckt hat, weiß, dass sich Nahrungsweg und Luftweg im Pharynx kreuzen. Diese im Einzelfall bedauerliche Konstruktion ist darauf zurückzuführen, dass der Lungenfisch (ein Vorgänger der Säugetiere) sein Luftloch kranial der Schnauze entwickelte, um gleichzeitig schwimmen und atmen zu können. Die unteren Luftwege sind weniger gefährlich angelegt: Die Trachea ist ein simpler, aus (nach dorsal offenen) Knorpelringen gebildeter, etwa 10–12 cm langer Kanal. Er liegt nicht genau in der Mittellinie, sondern etwas nach rechts verschoben. An der Karina (lat. carina = Keil) teilt sich die Trachea in den rechten und linken Hauptbronchus auf; der rechte Hauptbronchus verläuft dabei steiler als der linke.

Stil ist bedeutsam und kein Schnickschnack → Die Art der Versprachlichung transportiert wichtige „Botschaften“ pragmatischer Art (z.B. Beziehungsverständnis, Machtverhältnisse, Zielgruppenorientierung) und steuert die Rezeption

2.

20.1 Grundlagen

Die Atmungsorgane dienen dem Transport und dem Austausch von Atemgasen. Zu den luftleitenden Atmungsorganen zählen Nasenhöhlen und Pharynx (obere Luftwege) sowie Kehlkopf, Trachea, Bronchien und Bronchiolen (untere Luftwege). Diese münden in den Alveolen, in denen der Gasaustausch mit dem Lungengefäßsystem stattfindet (Abb. 20.1). In den Luftwegen wird die Atemluft gereinigt, befeuchtet und erwärmt. Im Mesopharynx kreuzen sich Nahrungsweg und Luftweg. Beim Schlucken muss der Atemweg kurzfristig unterbrochen werden. Eine Störung des Schluckaktes kann zum Eindringen von Nahrungsbestandteilen in die Lungen (Makroaspiration) mit der Folge von schweren, abszedierenden Lungenentzündungen führen. Mikroaspirationen von Magensaft im Rahmen eines gas-

5.1 Anatomie und Physiologie

5.1.1 Anatomie

Jeder, der sich schon einmal verschluckt hat, weiß, dass sich Nahrungsweg und Luftweg im Pharynx kreuzen. Diese im Einzelfall bedauerliche Konstruktion ist darauf zurückzuführen, dass der Lungenfisch (ein Vorgänger der Säugetiere) sein Luftloch kranial der Schnauze entwickelte, um gleichzeitig schwimmen und atmen zu können. Die unteren Luftwege sind weniger gefährlich angelegt: Die Trachea ist ein simpler, aus (nach dorsal offenen) Knorpelringen gebildeter, etwa 10–12cm langer Kanal. Er liegt nicht genau in der Mitte, sondern etwas nach rechts verschoben. Am rina = Keil) teilt sich die Trachea in den linken und rechten Hauptbronchus auf; der rechte Hauptbronchus ist steiler als der linke.

WIKIPEDIA Die freie Enzyklopädie

Artikel · Diskussion

Lungenfische

Die **Lungenfische** (Ceratopterygiformes / Dipneusti) sind eine Ordnung der Knochenfische (Osteichthyes), die mit sechs rezenten Arten in Afrika, Südamerika und Australien vorkommt. Ihre nächsten lebenden Verwandten sind die Lurche (Amphibia), gefolgt von den Quastenfisern (Synbranchiformes). Dipneusti, die wissenschaftliche Bezeichnung der Lungenfische als Klasse, geht auf die maskuline Pluralform des gleichgeschlechtlichen Kuntworts *δύπνοος*, *dýpnōos* zurück und bedeutet „Doppelatmer“, weil die Lungenfische Kiemen zur Atmung im Wasser haben und Lungen, um Luft von der Wasseroberfläche zu atmen. Der deutsche Name Lungenfische leitet sich davon ab, dass sie über eine einfach gebaute Lunge verfügen.

Inhaltsverzeichnis (Verbergen)

1. Evolutionsgeschichte
2. Körperbau
3. Lebensweise
4. Fortpflanzung
5. Evolution
6. Genomgröße
7. Systematik
8. Literatur
9. Einzelnachweise
10. Weblinks

Entdeckungsgeschichte (Bearbeiten | Quelltext bearbeiten)

Fossile Lungenfische aus dem Ost- und Südamerika sind schon seit mehr als 200 Jahren bekannt. Der Südamerikanische Lungenfisch wurde als erste lebende Art 1836 vom österreichischen Zoologen Johann Krieger entdeckt und 1837 von seinem Kollegen Leopold Fitzinger, dem die Lunge sowie die ungewöhnliche Stellung der äußeren Nasenöffnungen nahe der Oberlippe auffiel, als Reptil beschrieben. Die ersten Wissenschaftler, die lebende Lungenfische zu Gesicht bekamen, konnten nicht glauben, dass sie Fische vor sich hatten. Fitzinger hatte keinen Zweifel, die lebende Lungenfische ein Reptil zu sein, zumal man damals die „Knochenfische“ noch nicht klar in Anguilliden und Reptilien unterscheidet. Der wissenschaftliche Name *Lepidosiren* bedeutet Schuppenmolch, und diese Bezeichnung hielt sich noch lange im Deutschen, z. B. in Brehms Tierleben.

Das Tierlexikon.de

SÄUGETIERE VÖGEL REPTILIEN FISCHE

Startseite » Fische » Knochenfische » Lungenfische

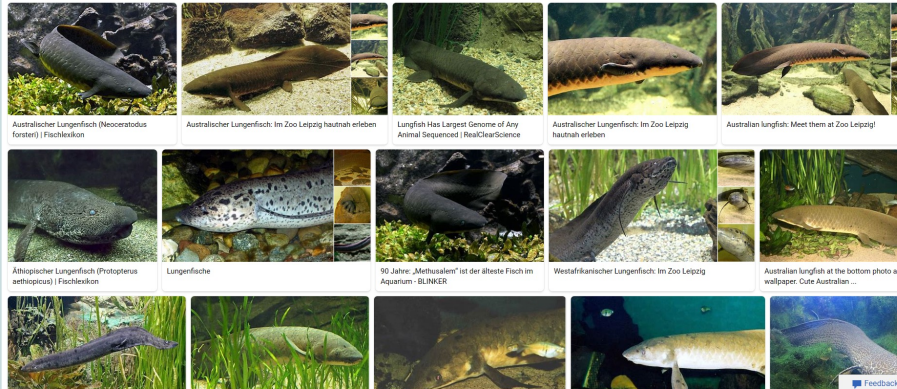
Lungenfische: Merkmale und Lebensweise der atmenden Fische



https://www.bing.com/images/search?q=lungenfisch&form=HDRSC3&first=1

lungenfisch

Afrikanischer Lungenfisch, Australischer Lungenfisch, Lungenfisch Atmung, Lungenfisch Anatomie, Lungenfisch Aufbau, Westafrikanischer Lungenfisch



Australischer Lungenfisch (Neoceratodus forsteri) | Fischlexikon

Australischer Lungenfisch: Im Zoo Leipzig hautnah erleben

Lungfish Has Largest Genome of Any Animal Sequenced | RealClearScience

Australischer Lungenfisch: Im Zoo Leipzig hautnah erleben

Australian lungfish: Meet them at Zoo Leipzig

Äthiopischer Lungenfisch (Protopterus aethiopicus) | Fischlexikon

Lungenfische

90 Jahre „Methusalem“ ist der älteste Fisch im Aquarium - BLINKER

Westafrikanischer Lungenfisch: Im Zoo Leipzig

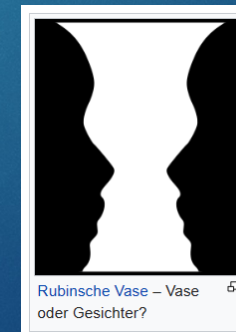
Australian lungfish at the bottom photo and wallpaper: Cute Australian...

3. Bedeutung = Gebrauch im Kontext

- ▶ **Beispiel Polysemie**
- ▶ „Er genießt den Urlaub in vollen Zügen.“
- ▶ in vielen Fällen durch den Kontext sofort deutlich, dass der Begriff anders verstanden werden muss
- ▶ kaum Probleme bei der Verständigung, wenn Möglichkeit für Rückfrage, Nachschlagen im (Fach)Wörterbuch etc. besteht
- ▶ in der Fachsprache Gefahr von Missverständnissen durch latente Mehrdeutigkeit



Bild mittels KI generiert



Kippfigur – Wikipedia

Polysemie (😊)

▶ Klinik a)

Klinik [Krankheitsverlauf]

Synonym zu: Klinik

Bezeichnung für die gesamte Symptomatik, Erscheinung und Verlauf einer Erkrankung.

Feedback

▶ Klinik b)

Klinik [Einrichtung]

Krankenhaus (häufig speziell Universitätsklinik).

Feedback

▶ *klinische Symptome vs. *klinisches Bistro / Bistro in der Klinik*

Polysemie (😊)

- ▶ „Obstruktionen der oberen Luftwege zeigen sich deshalb vorzugsweise während der Inspiration [...].“
- ▶ „Klinisch imponieren häufig klassische ‚Erkältungssymptome‘.“
- ▶ „Lokale Kältereize oder emotionaler Stress führen über eine gestörte Gefäßinnervation zu digitalen Durchblutungseinschränkungen infolge vasospastischer Konstriktion.“

Polysemie (😊)

- ▶ „Obstruktionen der oberen Luftwege zeigen sich deshalb vorzugsweise während der Inspiration [...].“
- ▶ „Klinisch imponieren häufig klassische ‚Erkältungssymptome‘.“
- ▶ „Lokale Kältereize oder emotionaler Stress führen über eine gestörte Gefäßinnervation zu digitalen Durchblutungseinschränkungen infolge vasospastischer Konstriktion.“

digital

Den Finger betreffend, mit dem Finger erfolgend (z. B. digitale rektale Untersuchung); in mehrere Schritte aufgeteilt; durch Ziffern dargestellt bzw. darstellbar.

Feedback

Polysemie (😊)

- ▶ „Beim immobilisierten Patienten verursacht eine Beinvenenthrombose häufig keine oder nur diskrete Symptome; demnach besteht bei Bettlägerigen die Gefahr, die Krankheit zu übersehen (Symptom der „Lungenembolie aus heiterem Himmel“).“
- ▶ „Bei weiblichen Patienten muss man sich eingehend mit der Periode oder Menstruationsstörungen beschäftigen. Schmerzen im Rahmen der Menses, deren Aussehen und Beschaffenheit haben Bedeutung. Schwangerschaft und Geburt, Stillen, Veränderungen oder Beschwerden an den Brüsten, Ausfluss, klimakterische Sensationen – all das ist wichtig.“

Sensation

Sinneswahrnehmung ohne adäquaten Reiz (im Gegensatz zum Sinnesreiz).

Feedback

Polysemie (☹)

Polysemie mit ggf. weitreichenden Folgen für die Verständigung

Beispiele: Medizin und Homöopathie, aus dem DFG-Projekt von Pavla Schäfer zu Lehrbüchern

- ▶ *Symptom* („Symptom“ in der Medizin ≠ „Symptom“ in der Homöopathie)
- ▶ *chronische Krankheiten*
- ▶ *Mittel*
- ▶ *Energie*
- ▶ ...



Zum Projekt vgl. <https://germanistik.uni-greifswald.de/forschung/nachwuchsfoerderung/habilitationen/pavla-schaefer/>

Worum wird es gehen?

1. Was ist und macht die Linguistik?
2. Warum sollte man sich mit der Sprache beschäftigen, wenn man Medizin oder BWL studiert?
3. Was sind die Medical Humanities und warum sind sie wichtig?

Grundlegende Thesen

- ▶ Die Sprache dient nicht nur (und nicht primär) der Weitergabe von Informationen. Sie ist in allen Lebensbereichen zentral.
- ▶ Sprechen und Denken sind eng miteinander verwoben, sprachliche und kognitive Prozesse greifen ineinander. Mit sprachlichen Mitteln werden Wirklichkeiten konstruiert. Wie wir die Welt um uns herum verstehen, wahrnehmen, interpretieren und beeinflussen, hängt maßgeblich davon ab, wie über die Welt gesprochen/geschrieben wird.
- ▶ Mittels Sprache werden z. B. soziale Beziehungen aufgebaut , gefestigt oder geschädigt; institutionelle Regeln etabliert; gesellschaftliche Systeme konstruiert, Fachkulturen entwickelt und Fachwissen weitergegeben, moralische Vorstellungen formuliert, ethische Fragestellungen beantwortet etc.
- ▶ Sprache ist kein von Menschen unabhängiges „Ding“, sondern ein sehr dynamisches System konventionalisierter Zeichen, die permanent im Gebrauch sind und durch den Gebrauch ständig gewandelt werden.

Ringvorlesung Medizinethik

Übergeordnete Lernziele:

Wir wünschen uns, dass Sie...

- ✓ *grundlegende Fragestellungen, Themenfelder, Begriffe, Konzepte und Theorien der Medizinethik benennen und in wenigen Sätzen erläutern können.*
- ✓ *medizinethische Probleme am Beispiel ausgesuchter Themenfelder erkennen, differenziert einordnen und kritisch diskutieren können.*
- ✓ *für die moralische Dimension ärztlichen und pflegerischen Handelns und gesundheitsökonomischer Entscheidungen sensibilisiert werden.*

Ringvorlesung Medizinethik

Übergeordnete Lernziele:

Wir wünschen uns, dass Sie...

Alles sprachlich basiert / konstruiert:

- Kompetenzen: theoretisches Wissen & praktische Anwendung
- Konzepte, Theorien, Begriffe etc.
- moralische Vorstellungen
- kognitive Prozesse wie Erkennen, Einordnen, Sensibilisieren
- Techniken der Darstellung wie benennen, erläutern, diskutieren etc.

- ✓ *grundlegende Fragestellungen, Themenfelder, Begriffe, Konzepte und Theorien der Medizinethik benennen und in wenigen Sätzen erläutern können.*
- ✓ *medizinethische Probleme am Beispiel ausgesuchter Themenfelder erkennen, differenziert einordnen und kritisch diskutieren können.*
- ✓ *für die moralische Dimension ärztlichen und pflegerischen Handelns und gesundheitsökonomischer Entscheidungen sensibilisiert werden.*

Grundbegriffe und Theorien der Ethik

Begriffsdefinitionen =
Konstruktion von Wissen
je fachspezifisch

Grundbegriffe: Moral – Ethik – Ethos

Moral (lat. *mos*: Sitte, Charakter, Gewohnheit) ist die *Gesamtheit der Normen und Werte*, die in der Gesellschaft oder einer bestimmten menschlichen Gemeinschaft als gültig angesehen werden und nach denen gehandelt wird.

Ethik (gr. *êthikê*, *êthos*: Gewohnheit, Sitte, Brauch) ist die *methodisch-kritische Reflexion der Moral*. (ARISTOTELES: die Suche nach dem Guten)

Ein **Ethos** ist die Gesamtheit der moralischen Normen, Werte und Tugenden innerhalb eines bestimmten *Tätigkeits- oder Lebensbereichs* (z. B. das *ärztliche*, das *pflegerische* oder das *wissenschaftliche* Ethos).

Grundbegriffe und Theorien der Ethik

Ebenen der Ethik:

Deskriptive Ethik

Empirische Beschreibung moralischer Normen, Werte, Tugenden und Handlungen im kulturellen und historischen Kontext

Normative Ethik

Philosophische Kritik und Begründung moralischer Urteile und Beurteilungskriterien

Metaethik

Klärung allgemeiner Begriffe und Strukturen moralischer und ethischer Argumentation



Spannungsfeld Therapiebegrenzung

Organdysfunktion und Alter



Glaube an ...

Gesetze

Erfahrungen, menschliche Reife

Pflegekräfte

Patient

**Behandlungsführer
Grundkrankheit**

Angehörige

Persönliche Erlebnisse

Intensivmediziner

Moralauffassungen

Wirtschaftliche Aspekte

Folgende Folien
von M. Gründling,
25.4.2024



e) Haben Sie körperliche Beeinträchtigungen nach der damaligen Erkrankung?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte aufführen: Ständige Schmerzen in der linken
Schulter, bewegen sich zur Wirbelsäule über den Nackenwirbel
in den Kopf.
Die Narbe am Kopf, hervorgerufen durch die Skalpreparation,
Schmerzt oft.
Die linke Seite im Bereich des Thorax sticht unter Spannungss-
chmerz.

Schmerzen

- ▶ Schmerzversprachlichung – Vergleiche, Metaphern, Narrative
- ▶ (sprachlicher) Umgang mit Schmerzen

Kommentare aus der Tagespresse

- „endlose Manipulation am bereits sterbenden Körper“
Zeit (2007)
- „ausgeliefert sein in einem unpersönlichen Gesundheitsbetrieb“
Rhein. Merkur (2006)
- „herzlose High-Tech-Medizin bei weiterhin geringen Heilungsaussichten“
FAZ (2006)
- „Übertherapie am Lebensende“
Süddt. Zeitung (20.6.2007)
Neue Zürcher Zeitg. (2014)
Zeit (2015)

Folie von H. Bettin,
18.4.2024

Perspektiven auf den Sterbeprozesses - Öffentlichkeit



- Sterben als ein Tabuthema (Ängste, Ungewissheit ...)
- Sterben als das Thema der ANDEREN
- Tägliche Präsenz in den Medien
 - Brutalität (Kriegen, Verbrechen, Katastrophen)
 - unreal, fern unserer heilen Welt
- Hoffnung, Anspruch auf Heilung tödlicher Krankheiten
- Unmenschliche Intensivmedizin, die quält und verzögert



Folie von M. Gründling,
25.4.2024

- ▶ Sterbediskurse früher und heute
- ▶ Studien zur Komm. auf Palliativstation
- ▶ Tina Terrahe/
Alexander Honold (i. Vorb.):
Todesnarrative. Inszenierungsformen des Sterbens in Literatur, Kunst und Realität. Basel: Schwabe (Reihe „Medical Humanities“)

Leben nach der Intensivstation

Trauer - Erlösung



- ▶ (öffentliche) Trauerbewältigung und Trauerdiskurse

Kommunikationskonstellationen im Gesundheitswesen

- ▶ Denken Sie über verschiedene Konstellationen der Interaktion im Gesundheitswesen nach.
- ▶ Notieren Sie sich 3 Konstellationen.
- ▶ Tragen Sie Ihre drei Konstellationen stichpunktartig in Mentimeter ein:
- ▶ <https://www.menti.com/alcwhea5me8f>



Kommunikationskonstellationen im Gesundheitswesen (Auswahl)

- ▶ Arzt-Patienten-Kommunikation, medizinisches Personal mit Angehörigen von P.
- ▶ Interprofessionelle Teams – ÄrztInnen, Pflegende, Mitarbeitende in Forschungsprojekten, ProjektkoordinatorInnen, technisches Personal, Verwaltung u.a.
- ▶ Klinikleitung – übergeordnete Behörden, externe Institutionen
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit von Institutionen im Gesundheitsbereich – MedienvertreterInnen, Social Media, Studienorientierungstage
- ▶ Medizinische Ausbildung – Lehrende, Lernende, PatientInnen, Prüfende etc.
- ▶ Institutionen – intern: MitarbeiterInnen von Behörden, Krankenkassen etc. (pers. Komm.); extern: Institutionen untereinander (institutionelle Komm.), Institutionen und Personen (als Versicherte, BürgerInnen etc.)
- ▶ Interessensvertretungen von PatientInnen, Mitarbeitenden
- ▶ Bewertungsportale und Bewertungen durch PatientInnen

Relevante (linguistische) Konzepte

- ▶ Wissenskonstruktion, Expertenwissen, Laienwissen + fließende Übergänge
- ▶ Verständlichkeit – Verständnis
- ▶ Vertrauen – Misstrauen – Empathie
- ▶ Erwartungen und Einstellungen
- ▶ Zeitlicher Rahmen, Zeitdruck
- ▶ Ökonomischer Druck – Stellenfinanzierung, Krankenhausfinanzierung, klinische Forschung, Krankenkassen und Kassenleistungen
- ▶ Fachkulturen, Denkkollektive und deren Denkstile (vgl. Ludwik Fleck)
- ▶ Bewertungspraxis – intern, extern, öffentlich
- ▶ Fehlerkultur
- ▶ Öffentliche Diskurse, Sichtbarkeit und Positionierung verschiedener Akteure
- ▶ u.v.m.

Beispiele im Folgenden

Themen und Aspekte

- ▶ Sprache und Vertrauen
- ▶ Sprache und Empathie
- ▶ Bewertungspraxis
- ▶ Diskurse

Konstellationen der Interaktion

- ▶ Arzt-Patienten-Kommunikation
- ▶ Medizinische Ausbildung – Lehrbücher und Lehrvideos
- ▶ Wissenschaftskommunikation

Linguistische Methoden

- ▶ Textlinguistik
- ▶ Gesprächslinguistik
- ▶ Diskurslinguistik
- ▶ Korpuslinguistik

Mitglieder

Aktivitäten ▾

Blog/Aktuelles



Netzwerk
**Linguistik
& Medizin**

Publikationen

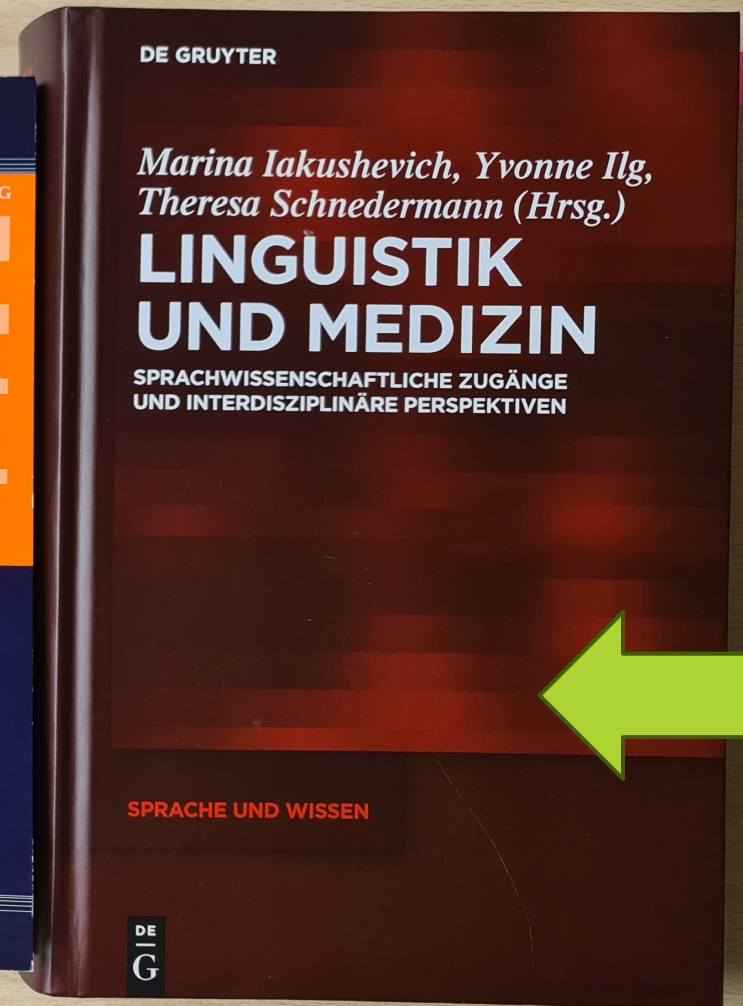
Mailingliste

Vernetzungen

Netzwerk Linguistik&Medizin

Patho- und Saluto-Diskurse im Spannungsfeld von
objektivierter Diagnose, interaktionaler Vermittlung und
medialer Konstitution

<https://www.linguistik-medizin.net/>





Open Access Veröffentlicht von De Gruyter 2021

Linguistik und Medizin

Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven

Herausgegeben von: [Marina Iakushevich](#), [Yvonne Ilg](#) und [Theresa Schnedermann](#)

Gefördert durch: [Deutsche Forschungsgemeinschaft](#)

Band 44 der Reihe [Sprache und Wissen \(SuW\)](#)

<https://doi.org/10.1515/9783110688696>

<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/9783110688696/html?lang=de>



Open Access Veröffentlicht von De Gruyter 2021

Linguistik und Medizin

Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven

Herausgegeben von: [Marina Iakushevich](#), [Yvonne Ilg](#) und [Theresa Schnedermann](#)

Gefördert durch: [Deutsche Forschungsgemeinschaft](#)

Band 44 der Reihe [Sprache und Wissen \(SuW\)](#)

<https://doi.org/10.1515/9783110688696>

Überfliegen Sie das Inhaltsverzeichnis und verschaffen Sie sich einen groben Überblick

- Welche Themen werden behandelt?
- Welche Methoden werden angewendet?



Medizinische Ausbildung I

Prüfungskataloge



← → ↻ <https://impp.de/informationen/kompetenzorientierte-gegenstandskataloge.html> 

Erste Schritte Erste Schritte Arbeit Uni KollegInnen Digitale Ressourcen PR Medical Humanities Publikationen Homöopathie Wissenschaftstheorie, ... Privat Sonstiges Grundschule

 PRÜFUNGEN ▾ INFORMATIONEN ▾ FORSCHUNG ▾ ÜBER UNS ▾ 50 JAHRE FAQ

> A-02 Antibakterielle Wirkung

> A-03 Antimykotische Wirkung

> A-04

> A-05

INFORMATIONEN

Kompetenzorientierte Gegenstandskataloge

www.impp.de / [Informationen](#) / Kompetenzorientierte Gegenstandskataloge

[Beschluss text \(2017\) Masterplan Medizin studium 2020](#)

[GK 1.1: Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin aktualisiert \(Mai 2021\)](#)

[GK 1.0: 1. Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin veröffentlicht \(Dezember 2020\)](#)

Vom Faktenwissen hin zur Kompetenzorientierung: Weiterentwicklung der IMPP-Gegenstandskataloge

Die Staatsexamina werden entsprechend der Approbationsordnungen bzw. Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen durchgeführt. Dabei werden die Fragen vom IMPP basierend auf den sogenannten Gegenstandskatalogen* (GK) erstellt, in denen die Prüfungsgegenstände der Approbations- bzw. Prüfungsordnungen explizit gemacht werden. Das IMPP ist gemäß Staatsvertrag der Länder für die Erstellung der Gegenstandskataloge für die schriftlichen Prüfungen in Medizin, Pharmazie und Psychotherapie zuständig. Aktuell werden die Kataloge weiterentwickelt. Dies erfolgt interprofessionell, um die berufsübergreifende Zusammenarbeit zu stärken und kompetenzorientiert, um Fachkräfte bestmöglich auf die heutigen Herausforderungen im Gesundheitssystem vorzubereiten.

 **NEU**
Institut für Medizinische Fachkunde und pharmazeutische Prüfungsfragen
Hochschulübergreifende Kommission für Medizinische Prüfungen

<https://impp.de/informationen/kompetenzorientierte-gegenstandskataloge.html>

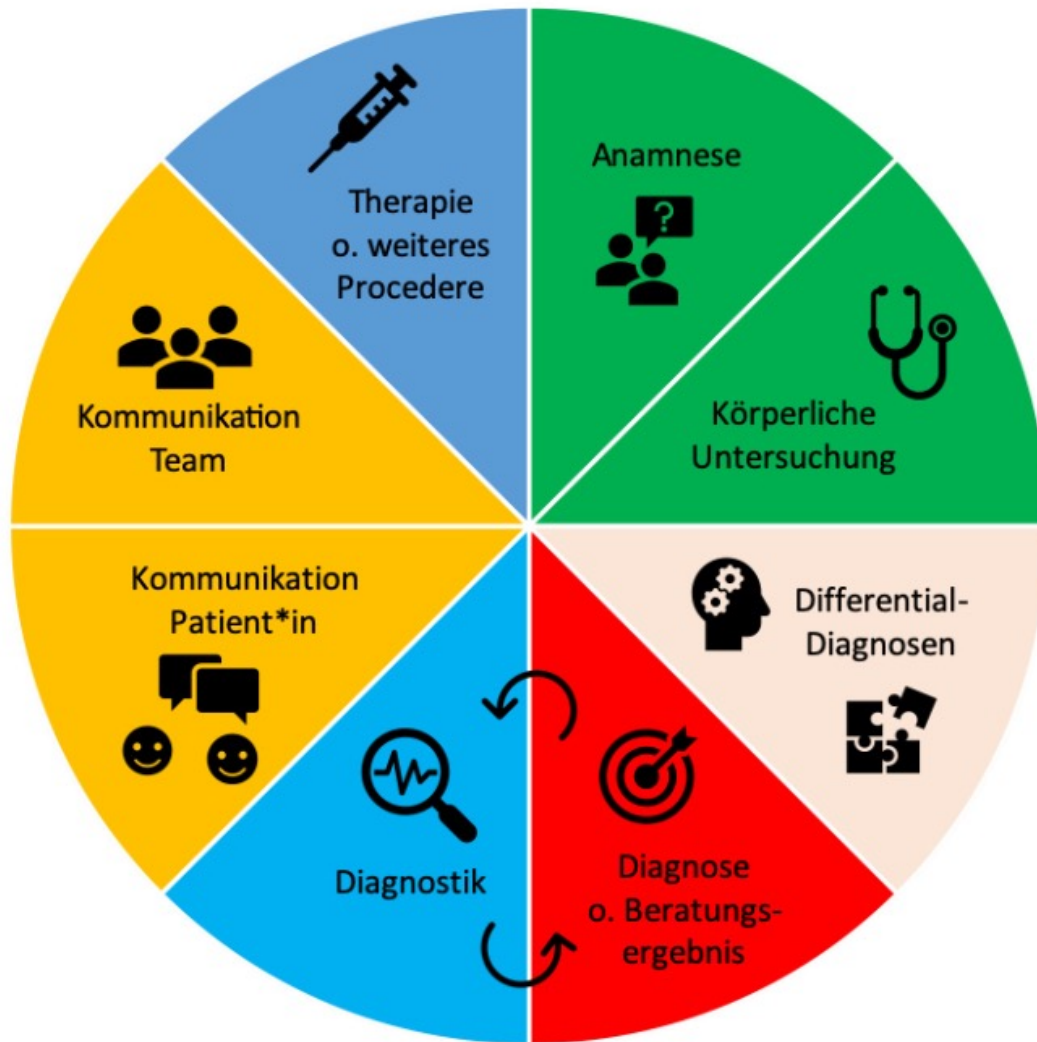
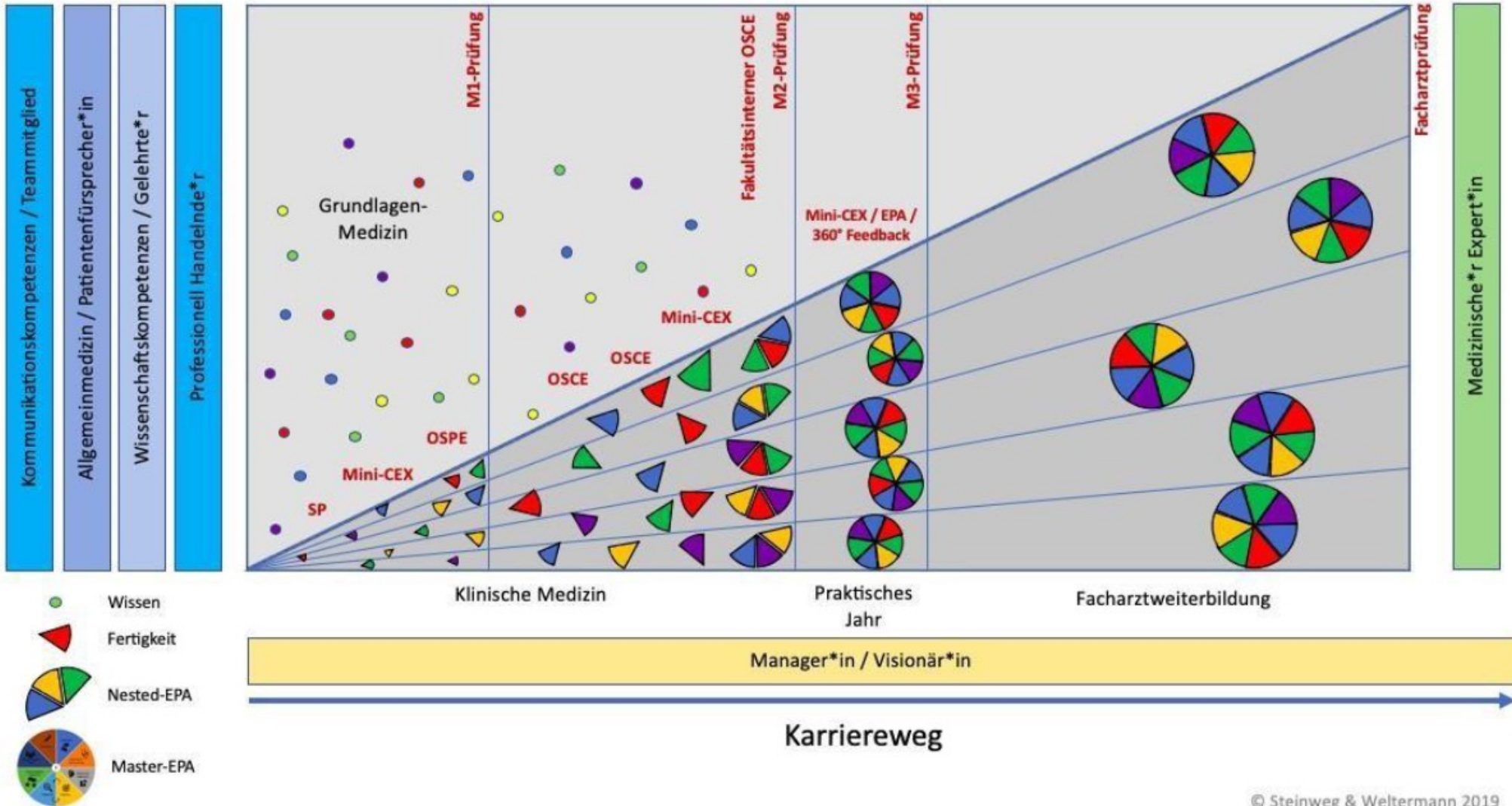


Abbildung 1: Competency Wheel, nach Steinweg und Weltermann 2019



Absolventenprofil – Arztrollen

1. Die Ärztin/der Arzt als medizinische Expertin/als medizinischer Experte
2. Die Ärztin/der Arzt als Gelehrte/als Gelehrter
3. Die Ärztin/der Arzt als Kommunikatorin/als Kommunikator
4. Die Ärztin/der Arzt als Mitglieder eines Teams
5. Die Ärztin/der Arzt als Gesundheitsberatende und Gesundheitsfürsprecherin und -fürsprecher
6. Die Ärztin/der Arzt als Verantwortungstragende und als Managerin/Manager
7. Die Ärztin der Arzt als professionell Handelnde
8. Die Ärztin/der Arzt als Visionärin/Visionär

Absolventenprofil NKLM/GK – Arztrollen

Arztrollen

Ärztinnen und Ärzte befolgen bei ihrer Tätigkeit den hippokratischen Grundsatz *Primum nil nocere* (erstes Prinzip, nicht zu schaden) und wägen möglichen Schaden, voraussichtlichen Behandlungserfolg und Behandlungsaufwand unter Berücksichtigung der Prinzipien der partizipativen Entscheidungsfindung, aber auch gesundheitsökonomischer Aspekte, ab. Je nach Situation übernehmen sie dabei diverse Rollen und Funktionen:

1. Die Ärztin/der Arzt als medizinische Expertin/als medizinischer Experte

Am Ende der ärztlichen Ausbildung stehen wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und ständigen Fortbildung befähigt sind. Als Ärztinnen und Ärzte wenden sie erforderliche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie professionelles Verhalten an und integrieren die unterschiedlichen ärztlichen Rollen im Dienst einer professionellen Patientenversorgung.

2. Die Ärztin/der Arzt als Gelehrte/als Gelehrter

In der Rolle der Gelehrten erhalten und verbessern Ärztinnen und Ärzte ihr professionelles Handeln durch stetiges, lebenslanges Lernen sowie durch kritische Evaluation und Anwendung wissenschaftlicher Informationen und ihrer Quellen. Sie sind Lehrende für verschiedene Zielgruppen (z. B. Patientinnen und Patienten, Politikerinnen und Politiker, Vertretende anderer Gesundheitsberufe, akademische Einrichtungen, Lehrende und Studierende, Kolleginnen und Kollegen) und leisten einen Beitrag zur Erarbeitung, Verbreitung, Anwendung und Translation neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Praktiken. Ihre wichtigsten Eigenschaften sind Neugier und Freude an der Medizin, und sie begreifen Wissenschaftskompetenz als kontinuierlichen Prozess der Überprüfung und Anpassung des ärztlichen Handelns und der Versorgung von Patientinnen und Patienten.

3. Die Ärztin/der Arzt als Kommunikatorin/als Kommunikator

Ärztinnen und Ärzte erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und für die Gesundheitsversorgung, und sie gestalten eine vertrauensvolle und verantwortungsvolle Arzt-Patienten-Beziehung, die den gesamten Zeitraum der medizinischen Begegnung sowie alle Formen der Kommunikation umfasst. Ärztinnen und Ärzte kommunizieren adäquat in interprofessionellen und interdisziplinären Teams, mit Vertretenden der Medien und in der Öffentlichkeit. In der Rolle als Kommunikatorinnen und Kommunikatoren nehmen sie positiven Einfluss auf die Patientensicherheit, deren Adhärenz im Hinblick auf medizinische Diagnostik und Therapie sowie auf deren Stabilisierung und Genesung.

4. Die Ärztin/der Arzt als Mitglieder eines Teams

Ärztinnen und Ärzte arbeiten mit Mitgliedern interdisziplinärer und multiprofessioneller Teams partnerschaftlich, respektvoll und effektiv zusammen, um eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu verwirklichen. Sie sind befähigt, im interdisziplinären und multiprofessionellen Kontext die bei Patientinnen und Patienten indizierten diagnostischen, beratenden und therapeutischen Tätigkeiten (Maßnahmen) zu koordinieren und zu integrieren. Hierzu gehören allgemeine Teamfähigkeiten, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher medizinischer Disziplinen. Um eine Kontinuität in der Patientenversorgung zu gewährleisten, ist zudem eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit grundlegend und notwendig.

5. Die Ärztin/der Arzt als Gesundheitsberatende und Gesundheitsfürsprecherin und -fürsprecher

Ärztinnen und Ärzte erfassen und fördern in ihrer Rolle als Gesundheitsberatende und Gesundheitsfürsprecherinnen und -fürsprecher die Gesundheit und den gesunden Lebenswandel von individuellen Personen, von Patientengruppen und von Bevölkerungsgruppen. Sie beraten und klären Patientinnen und Patienten auf im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung. Ärztinnen und Ärzte nehmen selbst eine Vorbildfunktion hinsichtlich des Umganges mit der eigenen Gesundheit ein (vgl. professionelles Handeln).

6. Die Ärztin/die Arzt als Verantwortungstragende und als Managerin/Manager

Ärztinnen und Ärzte übernehmen in ihrer Rolle als Verantwortungstragende und Managerinnen und Manager Verantwortung in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Patientengruppen und sind aktive Gestaltende im Gesundheitssystem. Sie sind mit den Aufgaben und Funktionen der Institutionen, Organisationen, Verbände und Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem vertraut und kennen die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen der Gesundheits- und Krankenversorgung. Sie betätigen sich an der (medizinisch-wissenschaftlichen und strukturellen) Verbesserung der Gesundheitsversorgung, treffen Entscheidungen, die die Allokation von Ressourcen zur Folge haben, und wenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement an. Effektive Karriereplanung und Selbstorganisation sowie Führungskompetenz sind integrale Bestandteile dieser Rolle.

7. Die Ärztin/der Arzt als professionell Handelnde

Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich auf der Basis einer ethisch reflektierten Grundhaltung, der gesetzlichen Regelungen, hohen Anforderungen an die persönliche Gewissenhaftigkeit und an die selbst auferlegten Berufsregeln der Gesundheit und dem Wohlergehen jedes Einzelnen und der Bevölkerung. Sie handeln professionell, indem sie Empathie und professionelle Distanz, Unelgennützigkeit und Selbstsorge sowie kritische Reflexion und Effizienz zum Ausdruck bringen. Diese Verpflichtungen sind Grundlage für den sozialen Vertrag zwischen Ärztinnen und Ärzten einerseits, der individuellen Patientin/dem individuellen Patienten und der Gesellschaft andererseits. Im Gegenzug gewährt die Gesellschaft dem ärztlichen Stand die Freiheit, wesentliche Aspekte seiner Tätigkeit selbst zu regeln.

8. Die Ärztin/der Arzt als Visionärin/Visionär

Genuine Aufgabe des lebenslangen Lernens von Ärztinnen und Ärzten ist die Ausbildung einer kritischen Betrachtungsweise und des konstruktiven und zukunftsorientierten Hinwirkens auf Innovationen und sinnvolle Veränderungen. Lernen wird dabei als ein produktiv-kreativer, aktivierender, kontext- und sozialsensibler Prozess begriffen. In der persönlichen Auseinandersetzung mit der Realität der Patientenversorgung erwerben die Studierenden Fähigkeiten zur kritischen Bewertung sowie die Kompetenzen und die Bereitschaft, diese Realität mitzugestalten im Sinne einer zukunftsfähigen, patienten- und personenzentrierten Medizin. Dabei wissen sie mit Unsicherheiten kreativ umzugehen, begreifen Diversität und Individualität als Bereicherungen und verbinden ihr tägliches Handeln im Wissen der Vergangenheit und mit Ausrichtung auf die Zukunft.

3. Die Ärztin/der Arzt als Kommunikatorin/als Kommunikator

Ärztinnen und Ärzte erkennen die zentrale Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit für den Arztberuf und für die Gesundheitsversorgung, und sie gestalten eine vertrauensvolle und verantwortungsvolle Arzt-Patienten-Beziehung, die den gesamten Zeitraum der medizinischen Begegnung sowie alle Formen der Kommunikation umfasst. Ärztinnen und Ärzte kommunizieren adäquat in interprofessionellen und interdisziplinären Teams, mit Vertretenden der Medien und in der Öffentlichkeit. In der Rolle als Kommunikatorinnen und Kommunikatoren nehmen sie positiven Einfluss auf die Patientensicherheit, deren Adhärenz im Hinblick auf medizinische Diagnostik und Therapie sowie auf deren Stabilisierung und Genesung.

4. Die Ärztin/der Arzt als Mitglieder eines Teams

Ärztinnen und Ärzte arbeiten mit Mitgliedern interdisziplinärer und multiprofessioneller Teams partnerschaftlich, respektvoll und effektiv zusammen, um eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung zu verwirklichen. Sie sind befähigt, im interdisziplinären und multiprofessionellen Kontext die bei Patientinnen und Patienten indizierten diagnostischen, beratenden und therapeutischen Tätigkeiten (Maßnahmen) zu koordinieren und zu integrieren. Hierzu gehören allgemeine Teamfähigkeiten, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher medizinischer Disziplinen. Um eine Kontinuität in der Patientenversorgung zu gewährleisten, ist zudem eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit grundlegend und notwendig.

Vertrauen

A-P-K

Interprofessionelle Teams

Öffentlichkeit

multiprofessionelle Teams

7. Die Ärztin der Arzt als professionell Handelnde

Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich auf der Basis einer ethisch reflektierten Grundhaltung, der gesetzlichen Regelungen, hohen Anforderungen an die persönliche Gewissenhaftigkeit und an die selbst auferlegten Berufsregeln der Gesundheit und dem Wohlergehen jedes Einzelnen und der Bevölkerung. Sie handeln professionell, indem sie Empathie und professionelle Distanz, Uneigennützigkeit und Selbstsorge sowie kritische Reflexion und Effizienz zum Ausdruck bringen. Diese Verpflichtungen sind Grundlage für den sozialen Vertrag zwischen Ärztinnen und Ärzten einerseits, der individuellen Patientin/dem individuellen Patienten und der Gesellschaft andererseits. Im Gegenzug gewährt die Gesellschaft dem ärztlichen Stand die Freiheit, wesentliche Aspekte seiner Tätigkeit selbst zu regeln.

8. Die Ärztin/der Arzt als Visionärin/Visionär

Genuine Aufgabe des lebenslangen Lernens von Ärztinnen und Ärzten ist die Ausbildung einer kritischen Betrachtungsweise und des konstruktiven und zukunftsorientierten Hinwirkens auf Innovationen und sinnvolle Veränderungen. Lernen wird dabei als ein produktiv-kreativer, aktivierender, kontext- und sozialsensibler Prozess begriffen. In der persönlichen Auseinandersetzung mit der Realität der Patientenversorgung erwerben die Studierenden Fähigkeiten zur kritischen Bewertung sowie die Kompetenzen und die Bereitschaft, diese Realität mitzugestalten im Sinne einer zukunftsfähigen, patienten- und personenzentrierten Medizin. Dabei wissen sie mit Unsicherheiten kreativ umzugehen, begreifen Diversität und Individualität als Bereicherungen und verbinden ihr tägliches Handeln im Wissen der Vergangenheit und mit Ausrichtung auf die Zukunft.

Ethik

Diversitätsmedizin
(Gendermedizin)

Verlag

Konzept

Bücher

Zeitschrift

Spenden

Suche

Kontakt

Armin Koerfer / Christian Albus (Hg.)

Kommunikative Kompetenz in der Medizin

**Ein Lehrbuch zur Theorie, Didaktik,
Praxis und Evaluation
der ärztlichen Gesprächsführung**

2123 Seiten

Erscheinungstermin 7/2018

ISBN 978-3-936656-71-8

Der Download ist kostenlos - wir bitten aber um eine
Spende zur Finanzierung weiterer Publikationen!
[\[Mehr Information\]](#)

Informationsflyer zum Aushängen und Verteilen
[\[PDF\]](#)

Zur Ansicht des Inhaltsverzeichnisses (6 Seiten PDF)
[\[Download\]](#)

Zum Download des kompletten Bandes (25 MB)
[\[Download\]](#)

Dieses Lehrbuch soll zur Förderung der kommunikativen Kompetenz beitragen, die inzwischen integraler Bestandteil im *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin* (NKLM) ist. Zu diesem Zweck wurden in einer interdisziplinären Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Linguisten und Psychologen 43 Beiträge entwickelt, die sich in folgende Bereiche gliedern: Grundlagen, Didaktik, Manual, klinische Anwendungsfelder und Evaluation.

Das Lehrbuch zeichnet sich durch seine vielfältigen Beispiele aus, die aufgezeichneten Gesprächen in realen Sprechstunden und Visiten entstammen. Die empirischen Gesprächsanalysen, die zugleich theoriegeleitet, problemorientiert und manualbasiert sind, sollen als Anleitung für die Verbesserung der eigenen Gesprächspraxis dienen.

Aufgrund seines differenzierten Lernangebots kann das Lehrbuch in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung eingesetzt sowie von Angehörigen aus anderen Gesundheitsberufen genutzt werden, um ihre kommunikativen Kompetenzen zu verbessern. Das Lehrbuch eignet sich sowohl in der Vorlesung als auch beim Gruppenlernen sowie zum Selbststudium.

Über die Herausgeber

Prof. Dr. med. Christian Albus ist Leiter der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen in der Psychokardiologie, Psychodiabetologie und Medizindidaktik.

Dr. phil. Armin Koerfer war wissenschaftlicher Mitarbeiter zunächst in den Fachrichtungen Linguistik (FU Berlin) und Kommunikationswissenschaft (GHS Essen), dann in der Forschung und Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Universitätsklinik Köln). Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Handlungstheorie, Diskursanalyse, Arzt-Patient-Kommunikation sowie Sprach- und Medizindidaktik.

Georgios Coussios / Wolfgang Imo / Lisa Korte

Sprechen mit Krebspatienten

Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung

Mit 3 kompletten Gesprächstranskripten (33 Seiten) und einer thematisch geordneten Auswahl-Bibliographie (17 Seiten).

Oktober 2019, 296 Seiten
kostenloses E-Book (Open Access)
ISBN 978 - 3 - 936656 - 76 - 3

Open Access verfügbar unter:
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>

Aktuelle Schlagworte wie die „sprechende Medizin“ oder die „personenzentrierte Medizin“ zeigen, dass das Sprechen mit Patientinnen und Patienten in der Medizin inzwischen einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie sollen in all ihren persönlichen Erfahrungen, Ängsten und Sorgen ernst genommen und nicht auf "Fälle" reduziert werden – auch wenn die Umsetzungspraxis in weiten Teilen noch eine Aufgabe der Zukunft ist.

Das Handbuch bietet für diese Praxis reichhaltiges Trainingsmaterial: An Ausschnitten aus echten Arzt-Patienten-Gesprächen in der Onkologie werden konkrete Gesprächs-Anforderungen beschrieben und Lösungsmöglichkeiten angeboten für die Formulierung der Diagnose, das Aushandeln des Therapieplans, den Umgang mit Anliegen, Einwänden und Emotionen und dem Aufbau der therapeutisch relevanten Compliance.

Das Handbuch richtet sich sowohl an Ärzte und Medizinstudierende als auch an Dozenten und Trainer, die das Sprechen mit Patientinnen und Patienten reflektieren und verbessern wollen.

Über die AutorInnen

Wolfgang Imo ist Professor für germanistische Linguistik an der Universität Hamburg und war Projektleiter des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes

Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Georgios Coussios war Mitarbeiter in dem Projekt und ist seit 2017 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Germanistik der Universität Hamburg.

Lisa Korte war Mitarbeiterin in dem Projekt und ist seit 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Germanistische Linguistik und Sprachdidaktik von Prof. Michael Beißwenger (Universität Duisburg-Essen).

Verlag für Gesprächsforschung

<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2019/imo.html>

Sina Läpple / Christoph Nikendei
Johannes C. Ehrenthal / Susanne Kabatnik
Thomas Spranz-Fogasy

Therapeutische Reaktionen
auf Patientenwiderstand
in psychodiagnostischen Gesprächen
am Beispiel Lösungsorientierter Fragen

Empirische Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen (EKiG) Band 8

Thomas Spranz-Fogasy / Susanne Kabatnik / Christoph Nikendei

Wissenskonstitution durch Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen*

Abstract: Psychotherapy talk is characterized by epistemic, emotional and professional asymmetries of knowledge, which are continuously adjusted to by the participants in joint process of negotiation. Adjustment is based on structural features of communication: the fundamental sequentiality of verbal interaction, i.e. interrelated succession of utterances of at least two interlocutors, provides for and guarantees the achievement of intersubjectivity and therapeutic efficiency. Solution-oriented questions as a rhetorical practice serve to produce forward-looking awareness, expansion of knowledge and reorganization of knowledge on the patient's side as well as an increased ability to act. These processes become apparent not only locally in the immediate context of solution-oriented questions but also globally in the course of the interaction as a whole.

The data for this research consists of psychodiagnostic interviews conducted according to the concept and manual of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD Task Force 2009).

*wo soll_s denn hingehn in der zukunft
was möchten sie denn machen (T3-1, 01:23:31)¹
un_wie soll_s weiter gehen (T4-2, 01:03:36)*



Mürmann/Nosofsky 2000, 8-9.

...so bitte nicht!

Medizinische Ausbildung II

Lehrvideos

- ▶ Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Lehre
- ▶ Kooperation mit Prof. Ulrich Wiesmann - Institut für Medizinische Psychologie, Greifswald (SoSe 2018)
- ▶ Lehrfilme zu Techniken ärztlicher Kommunikation (TALK)
- ▶ mit Simulationspatienten, in der medizinischen Ausbildung eingesetzt
- ▶ Linguistische Methode: Gesprächsanalyse

Medizinische Ausbildung II

Lehrvideos

TALK

Techniken ärztlicher Kommunikation

Bio-psycho-soziale Anamnese

Patientin: Frau Schiller
Arzt: Herr Dr. Schröder

Ein Lehrfilm des Instituts für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Greifswald

TALK

Techniken ärztlicher Kommunikation

Partizipative Entscheidungsfindung

Patientin: Frau Schiller
Arzt: Herr Dr. Schröder

Ein Lehrfilm des Instituts für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Greifswald

TALK

Techniken ärztlicher Kommunikation

Motivierende Gesprächsführung

Patient: Herr Ammer
Arzt: Herr Dr. Köhler

Ein Lehrfilm des Instituts für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Greifswald

TALK

Techniken ärztlicher Kommunikation

Überbringen schlechter Nachrichten – SPIKES

Patient: Herr Ammer
Ärztin: Frau Dr. Philipp

Ein Lehrfilm des Instituts für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Greifswald

Bio-psycho-soziale Anamnese

00:00:53 00:16:40

1 new notification

DEU 11:15 05/12/2019

This video player shows a woman with glasses and a maroon cardigan sitting at a table with a man in a dark sweater. They are in a room with a bookshelf and a framed picture of fish. The video progress bar is at 00:00:53 of a 00:16:40 video. The Windows taskbar is visible at the bottom.

Überbringen schlechter Nachrichten

00:01:38 00:14:14

This video player shows a man in a dark jacket sitting at a table with a woman in a red top. They are in a room with a bookshelf and a potted plant. The video progress bar is at 00:01:38 of a 00:14:14 video.



Institut für Medizinische Psychologie

[Home](#)

[Institut](#)

[Forschung](#)

[Lehre](#)

[Versorgung](#)

[Veranstaltungen](#)

[Aktuelles](#)

[WIR-für-UNS](#)



Lehre durch das Institut für Medizinische Psychologie

AKTUELLES

029 P: [ja] °h also (-) wir waren (.) gleich nach
der wEnde, (-) ähm ä: in schottland s mit meiner frau sind wir
zusammen nach schottland gefahren in die highlands wUnderbare
landschaft und [-]
030 °hhh der whisky der ist mehr für mich der ist nicht nur irgend
son getränk sondern also da stell ich mir auch richtig die
landschaft vor (-) ähm
031 dieser geschmAck dieser gerUch °h
032 äh (-) das ist also einfach was wunderbares und hm ja (-)
033 ich hab ja auch nen ziemlich hArten beruf als
versicherungsvertreter und °hhh
034 son glas whisky der ist für mich auch wichtig um abends
runterzukommen um abzuschalten zur ruhe zu kommen.
035 A: okay das hat ihnen den alltag erleichtert und das haben sie
richtig gErn-
036 P: das hat mir immer gut getan und jetzt ist ja auch alles wieder
in ordnung;
037 A: ja (-) und jetzt wünschen sie sich ihr altes leben wieder zurück;
(.) so ohne krankheit und belastung
038 P: [genau;]
039 A: [hm,] (-)
040 A: sie sAgten sie hätten mit dem scotch immer früher gut abschalten
können (-) klappt das immer noch?

Medizinische Ausbildung II

Lehrvideos

Gesprächsanalyse hinsichtlich folgender Untersuchungsaspekte:

- ▶ Kommunikative Situation und Beziehung der Gesprächsteilnehmer
- ▶ Gesprächsaufbau und Gliederungssignale
- ▶ Sprachliche Praktiken der einzelnen Gesprächsteilnehmer, u.a.:
 - ▶ Wiederholungen und Paraphrasen
 - ▶ Empathie
 - ▶ Vertrauensbildung
 - ▶ Authentizität
- ▶ Anknüpfungspunkte an die Medizinpsychologie, Literaturwissenschaft (narrative Strukturen), Medizinethik

Transfer Linguistik → Medizindidaktik

- ▶ Juliane Schopf: Dissertation „Gespräche in der Impfsprechstunde – Linguistische Analysen einer Gesprächsgattung mit Anwendungsbezug für die Medizindidaktik“

Nachwuchspreis "Berufliche Kommunikation" 2023

Für den GAL-Nachwuchspreis „Berufliche Kommunikation“ 2023 wurden Bachelor- und Master-Abschlussarbeiten sowie Dissertationen von einer Jury aus Fachvertretern und Fachvertreterinnen der Angewandten Linguistik nach wissenschaftlichen Kriterien evaluiert. In diesem Jahr wurden zwei Preise verliehen – für eine Dissertation und für eine Masterarbeit.

Der Präsident der GAL, Prof. Dr. Markus Bieswanger überreichte die Preise im Namen der doctima GmbH (<http://www.doctima.de>) am 20. September 2023 im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung der GAL-Sektionentagung 2023.

Frau Juliane Schopf (Universität Münster) erhielt den GAL-Nachwuchspreis „Berufliche Kommunikation“ für ihre Arbeit über „Gespräche in der Impfsprechstunde – Linguistische Analysen einer Gesprächsgattung mit Anwendungsbezug für die Medizindidaktik“.



Mit der Untersuchung von Impfgesprächen wurde nicht nur erstmalig diese besondere Gattung medizinischer Interaktion, sondern auch die kommunikativen Spezifika im Bereich der präventiven Dienstleistungsmedizin sowie der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) systematisch aus sprachwissenschaftlicher Perspektive in den Blick genommen. Dieser institutionelle Hintergrund bewirkt, dass die Erkenntnisse aus (gesprächslinguistischen) Forschungsbeiträgen zur medizinischen Kommunikation im kurativen Bereich, d.h. im Zuge der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen, nicht oder nur bedingt auf Gespräche in der Präventionsmedizin übertragen werden können. Vielmehr nehmen die hier untersuchten Impfgespräche eine Sonderstellung in der medizinischen Kommunikation ein, weil sie als „Zwittergattung“ einerseits zwischen Arzt-Patient-Kommunikation und Verkaufsgespräch sowie andererseits zwischen fürsorgender und wunscherfüllender Medizin changieren. Da Gespräche aus der Präventions- und Dienstleistungsmedizin in gesprächsanalytischen Untersuchungen bislang vernachlässigt wurden, sollte diese Forschungslücke geschlossen werden, indem es systematisch zu analysieren galt, wie diese „Zwittergattung“ kommunikativ umgesetzt wird. Deshalb war von besonderem Interesse, wie die Interaktion zwischen Ärzt:innen als „service supplier“ (Heritage/Lindström 2012) und gesunden Kund:innen im Kontext von fakultativen Selbstzahlerleistungen verläuft und wie der dienstleistungsorientierte Charakter die Gespräche prägt.

Medizinische Ausbildung III

Lehrbücher

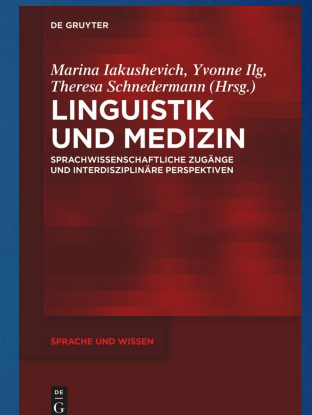


Lehrbücher zur Inneren Medizin und Homöopathie

- ▶ DFG-Projekt von Pavla Schäfer
- ▶ Fokus: Muster des Sprachgebrauchs und Wissenskonstruktion in untersuchten Lehrbüchern auf verschiedenen Analyseebenen
- ▶ Analysekatégorien u.a.: Gliederung, Themen, Lexik (Begriffe, Metaphern, Schlüsselwörter, positive und negative Lexik u.v.m.), Sprechhandlungen (Anweisung, Frage, Antwort, Empfehlung, Kritik, Abgrenzung etc.), grammatische Konstruktionen ([bei ... Patienten mit x]), morphosyntaktische Einbettung von Lexemen, Bilder etc.
- ▶ Methode: Kombination aus heuristischer Textanalyse (primär qualitativ) und korpuslinguistischer Analyse (primär quantitativ)
- ▶ Theoretischer Hintergrund: Lehre über Denkstile und Denkkollektive von Ludwik Fleck; Medizin und HP = unterschiedliche Denkkollektive

Publikation zum Projekt:

- ▶ Schäfer, Pavla (2021): *Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen*. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (Hrsg.): *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin/Boston: de Gruyter. S. 419-437. Open Access: <https://doi.org/10.1515/9783110688696-024>



Polysemie (☹)

Polysemie mit ggf. weitreichenden Folgen für die Verständigung

Beispiele: Medizin und Homöopathie, aus dem DFG-Projekt von Pavla Schäfer zu Lehrbüchern

- ▶ *Symptom* („Symptom“ in der Medizin ≠ „Symptom“ in der Homöopathie)
- ▶ *chronische Krankheiten*
- ▶ *Mittel*
- ▶ *Energie*
- ▶ ...

Zum Projekt vgl. <https://germanistik.uni-greifswald.de/forschung/nachwuchsfoerderung/habilitationen/pavla-schaefer/>

Symptombegriff in der Homöopathie

IM: keine explizite Definition von „Symptom“ und keine Reflexion, Wissen vorausgesetzt (vgl. Def. in Pschyrembel)

Symptom

Zusammen mit einer Erkrankung auftretende Erscheinung. Der Patient beobachtet das Symptom selbst (subjektives Symptom) oder der Arzt nimmt es wahr (objektives Symptom oder klinisches Zeichen). Im weiteren Sinne gehören auch durch weitergehende Untersuchungen festgestellte Veränderungen zu den Symptomen.

Feedback

HP: Explizite Reflexion und Abgrenzung vom schulmedizinischen Symptombegriff:

- ▶ *In der Homöopathie dagegen sind die Symptome des Patienten die Krankheit selbst. Die Symptome behalten daher in der Homöopathie unabhängig von der klinischen Diagnosestellung ihre zentrale Bedeutung, weil sie die zwingende Indikation für das anzuwendende Mittel sind; deshalb können **trotz gleicher schulmedizinischer Diagnose unterschiedliche Symptome zu verschiedenen homöopathischen Mitteln führen.** (HP2, 50)*

Symptombegriff in der Medizin

„Anhaltender oder zunehmender Husten ist ein **Symptom zahlreicher Erkrankungen.**“ (IM2, 10)

„Das Rückwärtsversagen (> 1.7.1) äußert sich durch die **Symptome der pulmonalvenösen Stauung.**“ (IM1, 1)

„Der klinische Schweregrad einer chronischen Linksherzinsuffizienz kann anhand des **Hauptsymptoms Dyspnoe** nach der Klassifikation der New York Heart Association abgeschätzt werden.“ (IM1, 105)

„Periphere Zyanose: **Blaufärbung insbesondere der Akren (Nase, Lippen, Ohren, Finger, Zehen)**; verursacht durch vermehrte O₂-Auschöpfung des Kapillarblutes in der Peripherie bei erniedrigtem Herzzeitvolumen.“ [...] (IM2, 11)

Symptombegriff in der Homöopathie

*„Ein sehr **ausgeprägtes Symptom** sollte **im richtigen Mittel immer vorhanden sein.**“*

*„Verlangen nach Süßem und Salzigem ist ein **Leitsymptom von Argentum nitricum** und in dieser Kombination typisch für dieses Arzneimittel.“*

*„Es soll vermieden werden, dass **Symptome durch krankhafte Störungen verwischt** oder verfälscht werden.“*

*„Gehen Sie aber sicher, **eigentümlich für den Patienten und nicht typisch für den Zustand**, dass die Periodizität eines Symptoms ist (so wie die monatliche Wiederkehr von menstruellen Symptomen oder das Malariafieber, das jeden dritten Tag auftritt), was bedeuten würde, dass es sich um **ein gewöhnliches und damit wertloses Symptom** handelt.“ (HP7, S. 245)*

*„**Echte Symptome (im homöopathischen Sinne)** lassen sich nur aus dem Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens ermitteln.“*

Sprache und Vertrauen in der Medizin





Autonomie und Vertrauen

in der modernen Medizin

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG



GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Projektbeschreibung

News & Events

Projektmitarbeiter

Arbeitsplan

Kontakt



Projektleitung

Teilprojekt Philosophie

Teilprojekt Rechtstheorie

Teilprojekt Theologie

Teilprojekt Familienrecht

Teilprojekt Medizinethik

Teilprojekt
Medizinethik/Sozialphilosophie

Teilprojekt Medizin

Interdisziplinäre Forschergruppe:

Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin Erkenntnis - Praxis - Norm

Die Selbstbestimmung des Patienten wird in liberalen und individualisierten Gesellschaften zu Recht hochgehalten. Doch die Handlungsfreiheit des Einzelnen in einer hochkomplexen, von wissenschaftlich-technischen Rationalitäten durchstrukturierten Welt wächst nur in dem Maße, wie Personen- und Systemvertrauen ermöglicht wird. Ein Übermaß an Entscheidungsoptionen und hohe Risiken in der Medizin machen auch den prinzipiell Entscheidungsfähigen handlungsunfähig, wenn sie nicht durch Vertrauen stiftende Sozialsysteme balanciert werden.

Wenn Autonomie ein Schlüsselbegriff moderner Gesellschaften ist, dann muss dies auch für Vertrauen gelten. Denn Verletzlichkeit und Verunsicherung der Akteure nehmen mit den Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin eher zu als ab. Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes stehen deshalb Ansätze, Autonomie stärker relational oder sozial zu fassen. Untersucht wird, inwiefern interpersonelles Vertrauen bzw. Systemvertrauen und Selbstbestimmungspraktiken in der Medizin zusammenhängen, wie sie generiert oder unterminiert und wie sie gerechtfertigt werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Organisationen und Institutionen, z. B. dem Krankenhaus, sowie Kollektivakteuren, z. B. der Familie oder Patientengruppen. Welche Rolle spielen sie für die Interpretation und Umsetzung von Vertrauen und Autonomie in der Medizin? In sieben einander ergänzenden Teilprojekten aus den Bereichen Philosophie, Medizinrecht, Theologie, Medizinethik und Medizin sollen diese Fragen untersucht werden.

Bucherscheinungen

Holmer Steinfath · Claudia Wiesemann

zusammen mit
Reiner Anselm · Gunnar Duttge · Volker Lipp
Friedemann Nauck · Silke Schicktanz

Autonomie und Vertrauen

Schlüsselbegriffe
der modernen Medizin

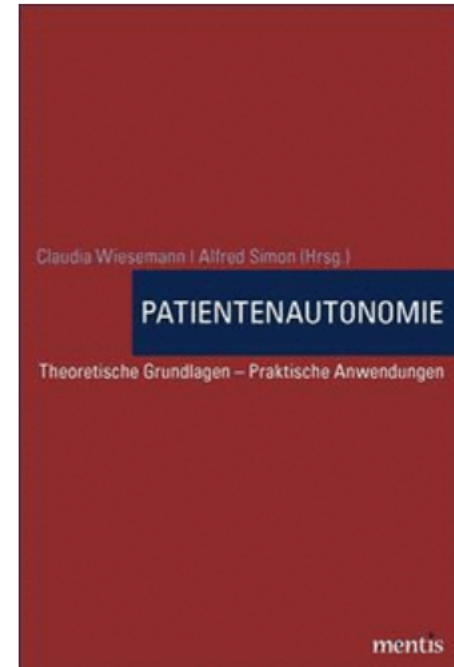
Springer VS





wenn Autonomie ein Schlüsselbegriff moderner Gesellschaften ist, dann muss dies auch für Vertrauen gelten. Denn Verletzlichkeit und Verunsicherung der Akteure nehmen mit den Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin eher zu als ab. Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes stehen deshalb Ansätze, Autonomie stärker relational oder sozial zu fassen. Untersucht wird, inwiefern interpersonelles Vertrauen bzw. Systemvertrauen und Selbstbestimmungspraktiken in der Medizin zusammenhängen, wie sie generiert oder unterminiert und wie sie gerechtfertigt werden. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei Organisationen und Institutionen, z. B. dem Krankenhaus, sowie Kollektivakteuren, z. B. der Familie oder Patientengruppen. Welche Rolle spielen sie für die Interpretation und Umsetzung von Vertrauen und Autonomie in der Medizin? In sieben einander ergänzenden Teilprojekten aus den Bereichen Philosophie, Medizinrecht, Theologie, Medizinethik und Medizin sollen diese Fragen untersucht werden.

- Teilprojekt PHILOSOPHIE: Autonomie und Vertrauen (Leitung: Prof. Dr. Holmer Steinfath)
- Teilprojekt RECHTSTHEORIE/MEDIZINRECHT: Rechtsvertrauen als Systemvertrauen am Beispiel der Medizin und ihrer rechtlichen Regulierung (Leitung: Prof. Dr. Gunnar Duttge)
- Teilprojekt THEOLOGIE: Autonomie und Vertrauen als spannungsvolle Bezugspunkte kirchlich-christlich gebundener Akteure im Krankenhaus (Leitung: Prof. Dr. Reiner Anselm)
- Teilprojekt FAMILIENRECHT/MEDIZINRECHT: Autonomie durch Familie? – Die Bedeutung der Familie bei Entscheidungen am Lebensende und in der Reproduktionsmedizin (Leitung: Prof. Dr. Volker Lipp)
- Teilprojekt MEDIZINETHIK: Reproduktive Autonomie als familiäre Autonomie? Zur Familie als Vertrauensintermediär in der Fortpflanzungsmedizin (Leitung: Prof. Dr. Claudia Wiesemann)
- Teilprojekt MEDIZINETHIK/SOZIALPHILOSOPHIE: Autonomie und Vertrauen in Bezug auf Patientenverbände (Leitung: Prof. Dr. Silke Schick Tanz)
- Teilprojekt MEDIZIN: Autonomie und Vertrauen im klinisch-praktischen Kontext der Behandlungsentscheidungen am Lebensende (Leitung: Prof. Dr. Friedemann Nauck & PD Dr. Bernd Alt-Epping)





Hax-Schoppenhorst / Herrmann

Treue und Vertrauen

Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe

Fachbuch

Buch. Softcover

2020

464 S. 48 Abbildungen.

ISBN 978-3-456-86009-1

Format (B x L): 17.6 x 24.4 cm

Gewicht: 935 g

Produktbeschreibung

Treue und Vertrauen sind Tugenden oder Ressourcen, ohne die zwischenmenschliches Leben und eine bedürfnisgerechte Behandlung und Pflege nicht möglich sind. Die Haltung der Treue ist zentral für das Verhältnis eines Menschen zu sich selbst und der Wahrheit. Treue ist lebenswichtig für die Gesellschaft im Sinne von Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. Vertrauen ist eine Erfahrung, die es Menschen erlaubt, sich auf Unsicherheit und Ungewissheit einzulassen. Wenn auch Vertrauen ein riskantes Gefühl

 Drucken

 Weiterempfehlen

 hogrefe

Produkte

Academy

Consulting

Das Pflege-Fachbuch „Treue und Vertrauen“ befasst sich damit, wie Gesundheitsberufe Treue und Vertrauen aufbauen sowie Treulosigkeit und Vertrauenskrisen verhindern und entgegenreten können.

Dieses Buch richtet sich an:

Pflegeberufe, Gesundheitsberufe, Sozialberufe, Mediziner*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen.



Buch zur Vertrauens- Kampagne



Imagefilm zum Buch: <https://www.hogrefe.com/de/shop/treue-und-vertrauen-92940.html>

Vertrauenskonstellationen

Kommunikative Konstellationen

1. Vertrauen in zwischenmenschlicher Kommunikation – persönliches V.
2. Vertrauen in institutionellen Kontexten – Systemv., Rollenv.
3. Vertrauen in/durch öffentliche Diskurse – öffentliches V.



miteinander verbunden und verschränkt

1. Zwischenmenschliche Interaktion

Mögliche kommunikative Konstellationen (mündlich und schriftlich)

- ▶ Kommunikation zwischen medizinischem Personal (HausärztInnen, FachärztInnen, Pflegepersonal) und PatientInnen
- ▶ Kommunikation zwischen nicht-medizinischem Personal (z.B. Pflegeheim-/Klinikverwaltung, Krankenwagenfahrer) und Pat.
- ▶ Kommunikation zwischen Pat. untereinander (z.B. in der Klinik, in Online-Foren, Blogs, Social Media)
- ▶ Kommunikation zwischen (nicht-)mediz. Personal und Angehörigen von Pat.
- ▶ Berufliche (Fach-)Kommunikation innerhalb einer Profession (z.B. ÄrztInnen oder Pflegekräfte unter sich; Weiterleitung von Pat. und ihren Daten innerhalb und außerhalb einer Organisation, Schichtdienst)
- ▶ Interprofessionelle Kommunikation (z.B. ÄrztInnen + Pflege; Übergabe von Pat., Schichtdienst)
- ▶ Interkulturelle Kommunikation in verschiedenen Konstellationen

2. Institutionelle Kommunikation

- ▶ Fachkommunikation im Rahmen von Institutionen und zwischen Institutionen (z.B. Fachverbände, Krankenkassen, Ärztekammern, Politik)
- ▶ Kommunikation zwischen PatientInnen und deren Angehörigen und Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenkassen, Kliniken)
- ▶ Kommunikation von Ratsuchenden mit Beratungsstellen, Richtlinien für Beratungstätigkeit
- ▶ Ratgebertexte von verschiedenen Institutionen, Aufklärungsmaßnahmen, Präventionsmaßnahmen, Informationsmaterial
- ▶ Außendarstellung von Kliniken, medizinischen Unternehmen, Ausbildungs-institutionen, Forschungsprojekten u.a. institutionellen Akteuren: u.a. Homepages, Imagefilme, Social Media, Vorträge, Tagungen, Infomaterial
- ▶ Kommunikation von Selbsthilfegruppen, Patientenvertretungen etc.
- ▶ ...

2. Institutionelle Kommunikation

- ▶ Verschränkung von persönlichem Vertrauen und System-/Rollenvertrauen
- ▶ “For example, in 2012 Public Health England **produced a leaflet** in collaboration with the Royal College of General Practitioners and other bodies intended to **explain to patients why their doctor has not prescribed antibiotics** for a condition such as common cold or sore throat. Where successful, **such a leaflet can set the individual doctor's decision into a broader context of institutional trustworthiness.**” (Hawley 2015, 799)

3. Öffentliche (Vertrauens-)Diskurse

- ▶ Öffentliche Diskurse zu aktuellen medizinisch relevanten Themen: z.B. Beispiel zu Mandeloperationen, Impfungen, kritische Lage in der Pflege u.a.
- ▶ Printmedien, Online-Medien, Social media
- ▶ Wissenskommunikation, Wissensjournalismus, Medizinjournalismus
- ▶ Fachdiskurse
- ▶ „Dr. Google“
- ▶ vgl. Projekt von Kristin Bührig und Juliane Schopf zum NDR-Podcast „Coronavirus Update“ mit Christian Drosten und Sandra Ciesek
Bührig/Schopf [eingereicht]: ‚Vertrauen‘ in medial vermittelter Wissenschaftskommunikation am Beispiel des Podcast „Coronavirus-Update“.

Pavla Schäfer & Milena Belošević

Sprache und Vertrauen

Facetten der linguistischen und interdisziplinären

Vertrauensforschung

Sprache und Vertrauen in der Medizin

- ▶ Schäfer/Belošević (i.Vorb.): Sprache und Vertrauen. Facetten der linguistischen und interdisziplinären Vertrauensforschung. Berlin, Boston: de Gruyter. (Reihe „Sprache und Wissen“)
- ▶ Sammelband erscheint voraussichtlich Ende 2024
- ▶ Nachfolgend ausgewählte Beiträge aus dem Sammelband
- ▶ Domänen Medizin und Ökonomie bzw. Unternehmenskommunikation

Linguistische Vertrauensforschung – Skizze eines Forschungsprogramms

Pavla Schäfer

Abstract

Against the background of interdisciplinary research on the trust phenomenon, the article argues for an active involvement of linguistics in the research landscape. The article discusses basic theoretical assumptions and methodological considerations that enable a linguistic investigation of trust. A linguistic operationalization based on the four categories of interest, coordinated action, competence, and consistency is proposed. The presentation of theoretical and methodological considerations leads to the outline of a complex research program in linguistic trust research. It brings together the scattered linguistic studies to date and outlines an overarching framework for future linguistic research. It is characterized by methodological plurality and numerous lines of connection to interdisciplinary trust research. Finally, seven possible research ideas are sketched, which indicate the spectrum of possible questions in terms of content and methodology.

Keywords: trust, linguistic trust research, trust promotion, operationalization, interest, coordinated action, competence, consistency, credibility, interdisciplinarity

Vertrauen in der Interaktion: Ein Systematisierungsvorschlag am Beispiel medizinischer Kommunikation¹

Wolfgang Imo

Abstract

In spite of the fact that trust is a key ingredient of communication, surprisingly little empirical studies attempt the analysis of the verbal management of trust in spoken interaction. Based on a model developed by Deppermann/Schmitt (2008) for the analysis of understanding in interaction, a model for the analysis of trust is proposed. Understanding, much like trust, is both a cognitive and verbal phenomenon and, therefore, similar strategies for managing trust can be observed as for managing understanding.

Keywords: interactional linguistics, ethnomethodological conversationa analysis, trust, understanding, medical communication

„Vertrauensarzt“
Du sollst dem Arzt vertraun – gewiß!
Nur dem Vertrauens- traust du miß,
Weil er bestellt, zu schauen scharf,
Ob man Dir selbst vertrauen darf. (Roth 1959: 43)

4. Vertrauensmanifestationen in Arzt-Patient-Interaktionen

4.1. Daten

Die im Folgenden verwendeten Daten (vgl. zur Darstellung u.a. Imo 2020) wurden im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts mit dem Titel *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (ProjektNr. 111172) während des Zeitraums von Oktober 2014 bis März 2015 erhoben. Es handelt sich dabei um insgesamt 56 Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgespräche, Erhebungsort war das Städtische Klinikum Karlsruhe. Das Projekt wurde von mir, Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III, Städtisches Klinikum Karlsruhe) und Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie, Städtisches Klinikum Karlsruhe) geleitet. Die Aufzeichnung der Gespräche, deren Dauer jeweils ca. 20 bis 40 Minuten umfasst, erfolgte in vier Abteilungen des Städtischen Klinikums Karlsruhe, die PatientInnen mit der Erstdiagnose Krebs behandeln: In der *Medizinischen Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie*, in der *Medizinischen Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin*, in der *Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie* und in der *Frauenklinik*. In der Frauenklinik wurden 36 Gespräche aufgenommen, in der Medizinischen Klinik III 13, in der Medizinischen Klinik I sechs und in der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie eines. Aus ethischen Gründen waren nur Audioaufnahmen möglich, keine Videoaufnahmen.

Beispiel 1

1314 PM05 ehm Eine frage hätt ich jetzt noch;
1315 ehm nicht dass ich jetzt da misstrAUen würde oder so,
1316 aber es ist ja grundsätzlich auch so eine frage zweite MEInung.
1317 KLAR das is erst sicher dann sinnvoll nAch der bekanntgabe der
endgültigen befunde;
1318 A würde ich so SEhen.

1319 ja.
1320 PM05 keine FRAge.
1321 ehm stehen sie dem OFFen gegenüber oder sagen sie da warum soll
das;
1322 das ist doch alles ganz KLAR.
1323 A nein GUT dass sie es ansprechen,
1324 wir stehen dem sehr OFFen gegenüber_ne,
1325 also das befürworten wir aktIV und das machen sie wenn sie das
bedürfnis haben unbedingt.

Beispiel 2

050 A ECHT;
051 es is NIX schlimmes;
052 das ist-
053 PW55 <<weinend> das SAgen sie bloß nur;>
054 A warum soll ich das bloß nur SAgen?
055 PW55 ((schluchzt; ca. 2 Sekunden))
056 A frau ((Name)) wie kommen sie denn DA drauf?
057 [meinen] lüg sie AN?
058 PW55 [<ha ja-] <weinend>>
059 NEIN des nicht aber-
060 A natürlich ist das ein bösartiger Tumor;
061 aber das ist KEI:N tumor,
062 der wirklich bösartig IST,
063 der schnell WÄCHST,

Vertrauensarbeit in onkologischen Gesprächen: Strategien der Vertrauensreparatur in ‚kritischen Momenten‘

Marlen Buß

Abstract

Trust is crucial in medical interactions due to the complexity and uncertainty that patients face regarding future actions, especially as laypersons often are not familiar with the processes involved. This paper explores trust dynamics in oncology, a field marked by complex treatments and high personal risk, aiming to systematically capture the phases of trust-building and identifying strategies doctors can use in sensitive situations to prevent trust loss. Utilizing ethnomethodological and conversation analytic approaches, the analysis aims to explore these trust-dynamics in so called ‘critical situations’, while exploring the focus of patients' trust or distrust in the oncological healthcare context. This approach underlines the essential role that trust plays in steering through the intricate and perilous aspects of oncological care, reflecting on how trust within doctor-patient communication is continuously built up and challenged at the same time.

Keywords: oncological therapy planning talks, interactional linguistics, trust-building strategies, doctor-patient communication, healthcare communication challenges

Beispiel 1: wir haben jetzt das ergebnis bekommen

002 AW: wir haben jetzt das erGEBnis bekOmmen;
003 PW: [ja?]
004 AW: [von der][FEINge]weblichen untersuchung und,
005 BW: [is des GUT,]
006 PW: JA_a;
007 AW: is eben **leider** NICHT gutarti[g,]
008 BW: [NICHT] gutartig,
009 AW: hm_HM;
010 (0.9) muss ich ihnen **LEI**der sagen,

Beispiel 2: des is so ne GUTartige brustveränderung

040 AW: und auf der ANdern seite rEchts,
041 äh-
042 da ist (0.4) so ne MASTopathie,=
043 =nennt man DES,=
044 =des ist so ne GUTartige brustveränderung;
045 LM: [ja.]
046 PW: [ja;]
047 AW: ne,
048 AW: (0.5) also da müsste man dann GAR nix machen,

Wissenschaftskommunikation



„Vertrauen“ in medial vermittelter Wissenschaftskommunikation am Beispiel des Podcast „Coronavirus-Update“

Kristin Bührig & Juliane Schopf

Abstract

The article analyses the topic of ‚trust‘ in science communication using the example of the podcast "Coronavirus Update". It shows how trust is addressed in different contexts. The podcast considers fears and frustrations of the population, explains scientific findings and assessments of experts. The analysis shows that trust is contextualised and prepared in different ways in the podcast, e.g. by appealing to the audience to refrain from certain actions.

Keywords: trust, Corona virus, podcast, science communication

1. Einleitung

Die Covid19-Pandemie erfordert neue Formen der Kooperation zwischen Politik, Bevölkerung, Wissenschaft und Medien, um die Eindämmung des Ansteckungsgeschehens möglichst effizient und erfolgreich zu gestalten. Für das dringend notwendige Einhalten der Maßnahmen, welches bspw. darin besteht, sich an zahlreiche – mitunter konträre – Verhaltensrichtlinien zu halten und gravierende Einschränkungen in Kauf zu nehmen, ist Vertrauen der Bürger:innen in die Entscheidungsträger:innen und institutionellen Akteur:innen dabei eine essentielle Voraussetzung.

.. 1372 [35:36.4*]1373 [35:36.9] 1374 [35:37.5*]1375 [35:37.9*]

CD [v] "Nein!". ((0.5s)) Also das ist nicht • • die Ebene, auf der wir hier diskutieren.

[517]

1376 [35:40.7] 1377 [35:42.1*] 1378 [35:42.8*]1379 [35:43.2*]

CD [v] Wir reden hier von der vordersten Front der klinischen Wissenschaft, also da,

[518]

..1381 [35:45.5*]1382 [35:46.0*]1383 [35:46.3*] 1384 [35:48.8*]

CD [v] wo die Erkenn tnisse • gemacht werden anhand der genauen wissenschaftlichen

[519]

.. 1386 [35:52.9]

CD [v] Beobachtungen von definierten Patientenkohorten. • • • Und das lässt sich nicht

[520]

1387 [35:54.5*]1388 [35:54.8*] 1389 [35:56.7]

CD [v] immer so leicht in die Praxis übertragen. • • Da muss man eben dann schon als

[521]

.. 1390 [36:02.7*] 1391 [36:04.5*]1392 [36:04.9*]

CD [v] Patient jetzt auch • • • darauf vertrauen, dass im Fall der Fälle, wenn man sich

[522]

.. 1393 [36:07.1*]1394 [36:07.4*] 1395 [36:09.3*] 1396 [36:10.0*]

CD [v] dann infiziert, und wenn man dann als Infizierter überhaupt ins Krankenhaus muss

Vertrauensbildung und Erkenntnisgewinn in Führungs- und Stakeholderdialogen – Ein Modellvorschlag zur Integration von Managementwissen und gesprächslinguistischem Wissen

Helmut Ebert

Josef Zelger gewidmet

Abstract

Based on personal reflections and on scientific management literature concerning leadership- and stakeholder dialogues the article proposes a model of the development of trust and thought communities by focussing on conversational methods, which have been underexposed up to the present. It is argued that categories of conversational analysis have to be taken into account and new categories have to be worked out for a better understanding of the conversational dynamics in such dialogues which up to now are difficult to perform but are of outstanding relevance for economics and society.

Keywords: cognition, community-building, conversation-analysis, Denkkollektiv, dialogue, epistemological semantics, group-identity, interactive organization, leadership and stakeholder dialogue, organizational learning, trust

1. Einleitung

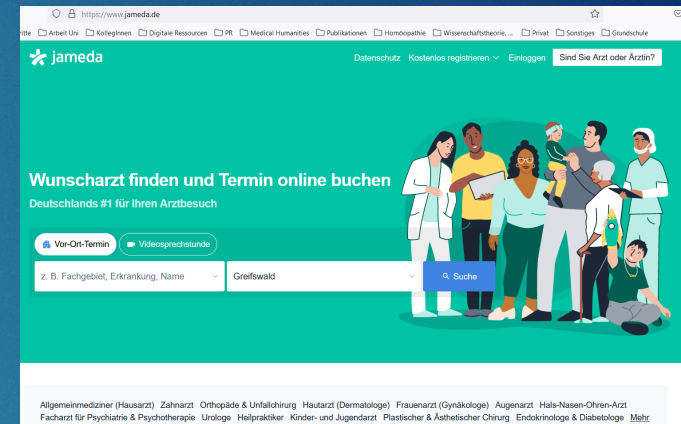
Der hier vorgelegte Beitrag über strategische Führungs- und Stakeholderdialoge soll zeigen, dass das gesprächslinguistische Methodenwissen über Dialoge in den Managementwissenschaften sowie in der Public Relations- und Unternehmenskommunikationsforschung sehr rudimentär ist. Das Nachdenken bezieht sich auf eine vorerst noch nicht exakt bestimmte Teilmenge von Führungs- und Stakeholderdialogen, deren Ziel darin besteht, bestehende Perspektiven zu erweitern, neue einzunehmen und neue Handlungsmöglichkeiten zu erkunden. Man kann auch von der Entwicklung von Denkgemeinschaften sprechen. Der Ausdruck *strategisch* bezieht sich auf Oberziele (z. B. Visions-, Geschäftsmodell-, Strukturentwicklung) oder beispielsweise auf kokreative Prozesse der Produktentwicklung zwischen einem Unternehmen und seinen Stakeholdern (s. u.). Eine Publikation wie die Einführung in die

Sprache – Vertrauen – Empathie

- ▶ Beispiel: Studie zu Vertrauen und Empathie in der A-P-K
- ▶ Grundlage: öffentliche Bewertungen von Arztpraxen auf dem Bewertungsportal jameda.de

Mehrfache Rolle der Sprache:

- ▶ 1. auf sprachliches/kommunikatives Handeln von ÄrztInnen Bezug genommen, bewertet
- ▶ 2. explizite Versprachlichung von Bewertungen
- ▶ 3. Herausarbeiten von impliziten Erwartungen an vertrauensvolle ÄrztInnen möglich



Pavla Schäfer

Empathie und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Zusammenfassung: Empathisches Gesprächsverhalten und die Förderung eines vertrauensvollen Gesprächsklimas gehören zu wichtigen Kompetenzen, die angehende Ärztinnen und Ärzte in ihrem Studium erwerben müssen. Diese Kompetenzen wirken sich entscheidend auf die Patientenzufriedenheit aus. Im folgenden Beitrag werden Empathie und Vertrauen theoretisch diskutiert und in Beziehung zueinander gesetzt. Anschließend wird anhand von Arztbewertungen auf dem Portal jameda herausgearbeitet, inwiefern Vertrauen und Empathie aus Patientensicht als Bewertungskriterien herangezogen und wie sie versprachlicht werden. Die Analyse liefert Hinweise auf Patientenerwartungen hinsichtlich der Arzt-Patienten-Kommunikation und zeigt auf, dass beide Konzepte eine wesentliche Rolle für die Patientenzufriedenheit spielen.

Schlüsselwörter: Arztbewertungen, Arzt-Patienten-Kommunikation, Empathie, jameda, Patientenerwartungen, Vertrauen

Die Begriffe „Empathie“ und „Vertrauen“ sind traditionell positiv besetzt und die Phänomene gelten als sozial erwünscht und erstrebenswert. Beide Einstellungen können jedoch missbraucht werden und negative Folgen haben: Empathie kann zum Selbstverlust führen, sie tendiert zu einem Schwarz-Weiß-Denken und kann dadurch Konflikte eskalieren lassen. Sie kann den Sadismus perfektionieren, eignet sich zur Manipulation und verausgabt. Breithaupt macht deutlich, „dass wir Schreckliches mit und aus Empathie tun“ (Breithaupt 2017, 11; vgl. auch Breyer 2013a und Breyer in diesem Band). Vertrauen kann enttäuscht oder missbraucht werden, die Vertrauenden können durch Vertrauensmissbrauch manipuliert werden. So wurde beispielsweise von der DDR-Staatssicherheit der Vertrauensbeziehung zu den sog. inoffiziellen MitarbeiterInnen viel Gewicht beigemessen. Das Vertrauenskonzept wurde explizit reflektiert und für die Geheimdienstarbeit instrumentalisiert (vgl. Bock/Schäfer 2016).

Das Untersuchungskorpus, das der folgenden exemplarischen Analyse zugrunde liegt, wurde auf der Basis der Suchkriterien „Allgemeinarzt + Greifswald“ eingeschränkt. Die Bewertungen wurden manuell erhoben und ausgewertet. Auf Jameda sind 90 AllgemeinärztInnen aus Greifswald aufgeführt. Genau die Hälfte davon (45) wurden bisher bewertet (Stand 24.09.2018).⁸ Das Korpus enthält alle Bewertungen zu diesen 45 ÄrztInnen. Insgesamt handelt es sich um 432 Bewertungen, die wie folgt nach den Noten aufgeteilt werden können (vgl. Tabelle 2):

Tab. 2: Untersuchungskorpus

Durchschnittsnote	Zahl der ÄrztInnen	Zahl der Bewertungen	Ø Bewertungen pro Arztpraxis
1	31	260	Ø 8,4
2	9	98	Ø 10,9
3	4	67	Ø 16,8
4	1	7	Ø 7
5
6
gesamt	45	432	Ø 9,6

Daten: Patientenbewertungen von Arztpraxen auf jameda.de

Sortieren nach

[Neueste](#)
[Höchste](#)
[Niedrigste](#)

 Verifiziertes Nutzerprofil ✓

★★★★★
 25. Juni 2021
 Standort: Praxis Dr.med.dent. Katy Reißma...[mehr](#)

Ich will nicht viel Worte machen; "Das ist die Zahnärztin mit den goldenen Händen". Sie hat mit ihrem Team unumstritten die beste Bewertung verdient.

Mehr habe ich dazu nicht zu sagen. Ich hoffe, dass es jetzt 150 Zeichen sind.

[mehr anzeigen](#)
[Problem melden](#)

 Verifiziertes Nutzerprofil ✓

★★★★★
 9. Juli 2019
 Standort: Praxis Dr.med.dent. Katy Reißma...[mehr](#)

Man fühlt sich als Patient ernst genommen und rundum gut aufgehoben.

[mehr anzeigen](#)
[Problem melden](#)

Tab. 1: Definition von Bewertungskategorien

Kategorie	Hinweise zu der Kategorie
Behandlung	Zum Beispiel: „Ging es Ihnen nach der Behandlung besser oder empfanden Sie sie sonst als hilfreich? Hat sich die vom Arzt gestellte Diagnose später bestätigt? Hat er eine entsprechende Weiterbehandlung durchgeführt bzw. veranlasst?“
Aufklärung	Zum Beispiel: „Haben Sie umfangreiche Informationen zu Ihrer Krankheit erhalten? Wurden Ihnen die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erklärt? Waren die Erklärungen für Sie verständlich?“
Vertrauensverhältnis	Zum Beispiel: „Fühlten Sie sich bei diesem Arzt gut aufgehoben? Folgen Sie in der Regel auch seinen medizinischen Empfehlungen?“
Genommene Zeit	Zum Beispiel: „Wurde Ihnen ausreichend zugehört? Wurden Ihre Fragen ausführlich und geduldig beantwortet?“
Freundlichkeit	Zum Beispiel: „Verhalten des Arztes, Offenheit; War der Arzt einfühlsam und entgegenkommend?“

Tab. 3: Positive Thematisierung von Empathie

Nr.	Note	Bewertung ¹²
1	1,0	„ <i>sehr emphatische Ärztin</i> Schnelle Terminvergabe,nettes Team,unkomplizierte Rezeptabwicklung!“ (33_Dinklager_4)
2	1,0	„ <i>Empathisch und zielorientiert</i> Freundliches Praxisteam, kurzenWartezeiten und Top,Behandlung.“ (6_Krü- ger_12)
3	1,0	„ <i>Sehr vertrauenswürdig und emathisch</i> Seit langem mein erste Hausarzt, verdient er mein vollstes Vertrauen. Er be- rücksichtigt persönliche Weltanschauungen bei seinen Behandlungen und bemüht sich, die Ursachen der Krankheit zu finden. Er hat meine Hochach- tung.“ (11_Müller_5)
4	1,0	„ <i>die Beste</i> Ich bin seit vielen Jahren dort in Behandlung und wirklich mehr als zufrieden. Frau Dr. Krüger ist immer geduldig, empathisch und sehr zuverlässig. Bei ihr fühle ich mich immer sehr gut aufgehoben. Danke, dass es sie gibt!“ (15_Krü- ger_2)
5	1,2	„ <i>Sympathische, kompetente Ärztin</i> Freundliche, empathische Ärztin“ (21_Kutzner_1)
6	1,2	„ <i>Ein arzt der zuhoert</i> Sie nimmt sich Zeit. Empathie ist nicht ein Fremdwort fuer sie sondern fast Bestimmung.dabei auch fachlich versiert“ (31_Möllmann_3)

Tab. 4: Thematisierung von Einfühlungsvermögen

Nr.	Note	Bewertung
9	1,0	„ <i>sehr freundliche und kompetente Behandlung</i> Dr. Meyer nimmt sich die erforderliche Zeit und zeigt sich stehst einfühlsam“ (1_Meyer_1)
10	5,8	„ <i>Dieser Arzt besitzt kein Einfühlungsvermögen u. behandelt einen von oben</i> <i>herab.</i> Dieser Arzt besitzt kein Einfühlungsvermögen u. behandelt den Patienten von oben herab. Ich fühlte mich geradezu vor den Kopf gestoßen. Dazu kommt noch, dass er sich keine Zeit nimmt, obwohl ich schwerwiegende gesundheitliche Probleme hatte.“ (40_Hammermeyer_15)

Tab. 5: Positive Thematisierung von Vertrauenswürdigkeit und Vertrauen

Nr.	Note	Bewertung
11	1,0	<i>„Kompetenz schafft Vertrauen</i> Top, bin bestens zufrieden ! Kompetent und fühle mich gut aufgehoben, bin schon seit einigen Jahren dort Patient ..“ (1_Meyer_6)
12	1,0	<i>„Kompetent und vertrauenswürdig</i> Ich habe nur gute Erfahrungen mit Dr. Kuchling gemacht. Er hat sich genügend Zeit genommen und die Erkrankung immer erfolgreich behandelt. [...]“ (2_Kuchling_5)
13	1,0	<i>„Ein toller Arzt mit Herz!</i> Ein sehr netter, kompetenter, vertrauenswürdiger und menschlicher Arzt. Ich fühle mich dort sehr gut aufgehoben und behandelt. [...]“ (2_Kuchling_12)
14	1,0	<i>„Bester Hausarzt in HGW</i> [...] Dr. Kuchling selbst ist ein Arzt dem ich mein ganzes Vertrauen schenke, sorgfältig, umsichtig, kompetent, direkt und menschlich. Er ist seeeeeehr verantwortungsvoll. [...] Ich bin sehr dankbar um solch einen Hausarzt!!!!!!“ (2_Kuchling_16)
15	2,0	<i>„Kompetenter Arzt , gute Praxis, fühle mich gut aufgehoben</i> [...] Der eigentliche Arztbesuch/Untersuchung gefiel mir gut, Arzt sehr nett, ging auf meine Sorgen und Ängste ein, nicht nur ein gute Arzt sondern auch eine Vertrauensperson.“ (2_Kuchling_19)
16	1,0	<i>„Guter Mensch - kompetenter Arzt</i> Dieser Arzt genießt mein vollstes Vertrauen.“ (3_becker_1)

- 17 1,2 *„Freundliche Ärztin, die sich Zeit nimmt und Erfahrung hat, volle Wortezimmer!*
Ich habe einige Hausärzte in Greifswald aufgesucht und bei Dr. Zwinger direkt Vertrauen vorgefunden.
Sie misst jedesmal meinen Puls geht auf Fragen ein und ist stets freundlich und zuvorkommend. [...]
Bei meine panischen Angst vor Spritzen, wurde kompetent und beruhigend auf mich eingegangen, was meiner Empfindung sehr gut tat. [...]" (10_Zwinger_5)
- 18 1,0 *„Kompetent, vertrauensvoll und engagiert*
Nach meinen Umzug war ich sehr lange auf der Suche nach einem Hausarzt, bei den man auch ein vertrautes Gefühl hat. Dr. Bankau ist so jemand. Er ist sehr engagiert, nimmt sich auch immer die Zeit für alles ein offenes Ohr zu haben. Wenn es auch mal darum geht etwas Neues zu probieren ist er immer mit dabei. [...]
Selten so einen engagierten und kompetenten Arzt erlebt, der sich wirklich für die Belange seiner Patienten einsetzt!" (12_Bankau_6)
- 19 1,0 *„Sehr kompetente Ärztin*
Frau Dr. Spielhagen ist eine sehr kompetente Ärztin. Sie nimmt sich viel Zeit für ihre Patienten, ist super freundlich und beantwortet geduldig alle Fragen. Ich hatte vorher ziemliches Pech mit den Ärzten, aber hier fühle ich mich gut aufgehoben und das Vertrauen war sofort da. Ich bin begeistert und kann Dr. Spielhagen nur weiterempfehlen.“ (34_Spielhagen_4)
- 20 3,2 *„Ein Arzt, der einen Sicherheit und Zutrauen vermittelt*
Ich bin seit einigen Jahren Patient bei Dr. Hammermeyer und fühle mich dort gut aufgehoben. [...] Dr. Hammermyer verschreibt und verordnet nicht nur, er erläutert und erklärt dazu - das vermittelt Vertrauen. Er ist freundlich und geht auch mal auf persönliche Belange ein, so es zeitlich möglich ist.“ (40_Hammermeyer_9)

Tab. 7: PatientIn als ExpertIn

Nr.	Note	Bewertung
23	1,2	<p>„<i>Azrt, der sich Zeit für seine Patienten nimmt - sehr zu empfehlen</i> Ich fühle mich bei Herrn Dr. Meyer sehr gut aufgehoben. Er ist stets freundlich, fachlich kompetent und patientenorientiert, das heißt er hört gut zu, weiß über die Krankengeschichte und den Therapieverlauf seiner Patienten (zumind. bei mir) bescheid und ist sehr einfühlsam. Bei ihm ist der Patient wirklich Experte für sich selbst und wird in Behandlungsentscheidungen miteinbezogen! [...]“ (1_Meyer_22)</p>

Tab. 6: Negative Thematisierung von Vertrauenswürdigkeit und Vertrauen

Nr.	Note	Bewertung
21	5,4	<p>„<i>Nicht zu empfehlen</i> Ich kann Frau Dr. Mesing leider auch nicht empfehlen und werde mir in nächster Zeit einen neuen Hausarzt suchen müssen. Von einer Ärztin erwarte ich einfach auch, dass sie mir zuhört. Die eine oder andere Bemerkung von ihr ist überflüssig. [...] Ich habe es leider auch nach mehreren Jahren nicht geschafft, einen vertrauenswürdiges Verhältnis zu Frau Dr. Mesing aufzubauen. [...]“ (42_Messing_14)</p>
22	4,8	<p>„<i>kein kompetenter Arzt</i> Ich War vertrauensvoll und wurde sehr enttäuscht. Oberflächlich und nicht bemüht das beste für den Patienten zu finden. Suche mir einen anderen Arzt.“ (44_Benkenstein_4)</p>

Tab. 8: Vertrauen und Empathie in Beziehung zueinander

Nr.	Note	Bewertung
24	1,0	<p>„Kompetente und einfühlsame Ärztin Immer sehr freundlich und einfühlsam. Das macht die lange Wartezeit wett. Die erste Ärztin die für alle gesundheitlichen Probleme ein offenes Ohr hat. Ich vertraue Frau Dr. blind. danke“ (7_Vogelgesang_11)</p>
25	1,0	<p>„Ich bin in sehr guten Händen bei Frau Dr. Spielhagen Frau Dr. Spielhagen ist eine wunderbare, einfühlsame, kompetente Ärztin. Sie ist interessiert und untersucht bei jedem Hinweis. Ich habe grenzenloses Vertrauen und fühle mich als Patientin wichtig und gut aufgehoben.“ (34_Spielhagen_1)</p>
26	3,8	<p>„Nach vielen Jahren gewechselt wegen Behandlungsunzufriedenheit Ich kenne Frau Dr. Vogelgesang schon sehr lange und war über ein Jahrzehnt gerne bei ihr in Behandlung, und auch aufgrund ihres Einfühlungsvermögens sowie ihrer psychologischen Weiterbildung. Leider kam es bei mir zu einem Vertrauensbruch, als ich neben meinen psychischen Problemen ein Herzproblem bekam und mich nicht ausreichend gründlich untersucht fühlte. [...]“ (7_Vogelgesang_10)</p>
27	4,4	<p>„Leider nicht zu empfehlen. Frau Dr. Mesing ist leider nicht zu empfehlen. [...] Diese Ärztin nimmt sich kaum die Zeit sich die Nöte des Patienten anzuhören, ist forsch und hat kein Einfühlungsvermögen. [...] Auch wird einem das Gefühl vermittelt, dass der Patient minderwertig ist. Zudem sind ihre Behandlungsmethoden fragwürdig, auch hat man des Öfteren das Gefühl, dass sie unsicher ist, mit dem was sie tut. Das alles zusammen schafft kein vertrauenswürdiges Verhältnis. [...]“ (42_Messing_10)</p>

Worum wird es gehen?

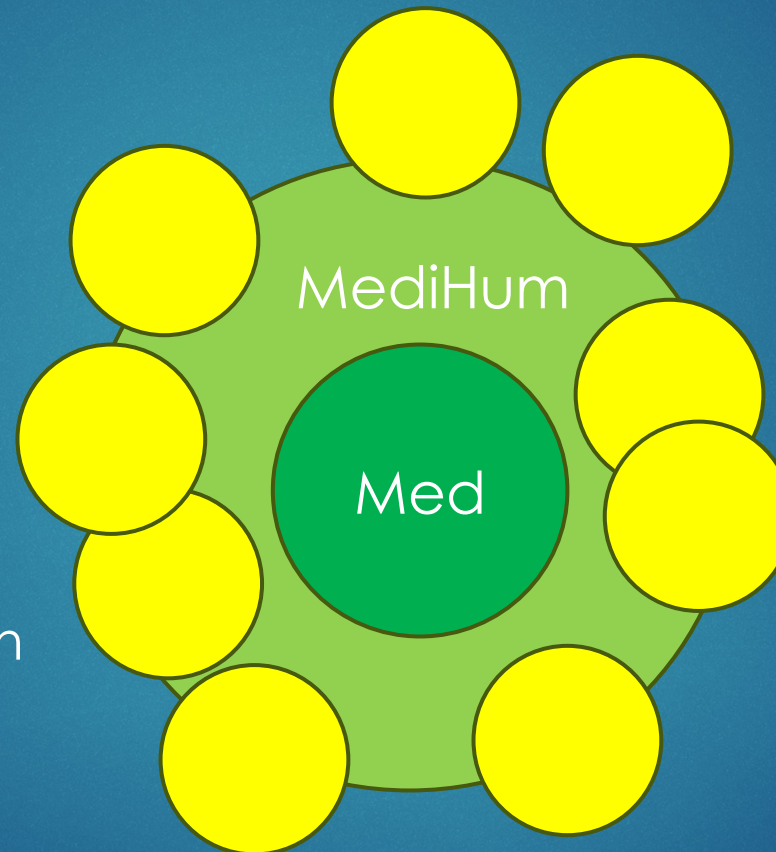
1. Was ist und macht die Linguistik?
2. Warum sollte man sich mit der Sprache beschäftigen, wenn man Medizin oder BWL studiert?
3. Was sind die *Medical Humanities* und warum sind sie wichtig?

Medical Humanities

- ▶ Linguistik
- ▶ Ethik
- ▶ Geschichte
- ▶ u.v.m.

Im weitesten Sinne

- ▶ Geisteswissenschaften
- ▶ Sozialwissenschaften
- ▶ Kulturwissenschaften
- ▶ Verhaltenswissenschaften



- ▶ Medizin
 - ▶ Klinische Praxis
 - ▶ Forschung
 - ▶ Lehre
 - ▶ Prävention
- ▶ Pflege
- ▶ Gesundheitspolitik

Im weitesten Sinne

- ▶ alles rund um Gesundheit und Krankheit

Medical Humanities

“an interdisciplinary field of humanities, social science and the arts, and provide insight into the human condition, development, suffering, personhood, our responsibility to each other as well as how social conditions and social institutions influence health and wellbeing and the effects of medical care. They also offer a historical perspective on medical practice.

Attention to literature and the arts help to develop and nurture skills of observation, analysis, empathy, language and self-reflection - skills that are essential for humane adaptive function and medical care. [...]

Close cooperation between medical science and cultural scholarship, including practice based research in the arts, is needed to test and develop this potential beyond the level of well-meant intuitions.”

https://www.leru.org/files/LERU-Note_Essential-SSH-Research-for-SC1-Health-demographic-change-and-wellbeing_2013-March.pdf

Medical Humanities in der Welt

“Since the mid-1970s, US medical students have studied biomedical science to define, diagnose, and treat disease, whilst simultaneously studying the humanities and arts to broaden and deepen their understanding of the illness experience. [...]

Many UK and European institutions offer similar opportunities to study medical humanities, either as electives in a medical student's curriculum, or as an entire course of study welcoming students from all backgrounds, medical or not.”

(2016, [Global health humanities: defining an emerging field - The Lancet](#))

Greifswalder Netzwerk Medical Humanities



- ▶ ca. 30 aktive Mitglieder
- ▶ alle Statusgruppen
- ▶ Mitarbeitende und Studierende der UG und UMG
- ▶ Aktivitäten in Forschung und Lehre



„In wenigen Berufen gibt es so viele Nischen und auch persönliche Entwicklungschancen wie in der Medizin, die nach wie vor eine **Brücke zwischen den Biowissenschaften, den Geisteswissenschaften und den Gesellschaftswissenschaften bilden kann.**“
(IM1_Braun, Müller-Wieland 2017_BasisLB Innere Medizin, S. 43)

Publikationsreihen zu „Medical Humanities“
transcript: <https://www.transcript-verlag.de/reihen/kulturwissenschaft/medical-humanities/?p=1>

Schwabe

<https://schwabe.ch/produkttypen/reihen/medical-humanities/>



Ethische Probleme in der Intensivmedizin Zusammenfassung



- ◆ Mangel in der Ausbildung der Ärzte (Studium)
- ◆ Mangel in der Facharztausbildung
- ◆ Publikationen weniger exponiert
- ◆ Unzureichende fachübergreifende Auseinandersetzung mit der Problematik
- ◆ Kaum Forschung, Studien
- ◆ Regeln, Normen, Grundsätze, Empfehlungen durch die Fachgesellschaften fehlen für Deutschland

Medical Humanities – warum wichtig?

Eine von vielen Antworten – hinsichtlich medizinischer Ausbildung:

- ▶ rein medizinische Kompetenzen sind nicht ausreichend für das Profil
- ▶ **Medical Humanities** als interprofessionelles Feld notwendig
 - ▶ Linguistik, Kommunikationswissenschaft, Literaturwissenschaft
 - ▶ Ethik, Philosophie
 - ▶ Geschichte
 - ▶ Soziologie, Psychologie
 - ▶ Didaktik, Pädagogik
 - ▶ Kulturwissenschaft, Gender Studies
 - ▶ Pflegewissenschaft
 - ▶ Gesundheitsökonomie u.a.

1. Die Ärztin/der Arzt als medizinische Expertin/als medizinischer Experte
2. Die Ärztin/der Arzt als Gelehrte/als Gelehrter
3. Die Ärztin/der Arzt als Kommunikatorin/als Kommunikator
4. Die Ärztin/der Arzt als Mitglieder eines Teams
5. Die Ärztin/der Arzt als Gesundheitsberatende und Gesundheitsfürsprecherin und -fürsprecher
6. Die Ärztin/der Arzt als Verantwortungstragende und als Managerin/Manager
7. Die Ärztin/der Arzt als professionell Handelnde
8. Die Ärztin/der Arzt als Visionärin/Visionär

Medical Humanities



- ▶ Vision für Greifswald
- ▶ Greifswald bundesweit Vorreiter in der strukturellen Verankerung der Medical Humanities in
 - ▶ Forschung
 - ▶ Lehre
 - ▶ Patientenversorgung
 - ▶ Prävention

GREIFSWALDER NETZWERK MEDICAL HUMANITIES

MEDICAL HUMANITIES: DEFINITION & SCOPE

NETWORK ACTIVITIES

GREIFSWALDER NETZWERK MEDICAL HUMANITIES

NETWORK COOPERATIONS



GREIFSWALDER NETZWERK MEDICAL HUMANITIES

Pavla Schäfer (speaker), Antje Ullrich* & on behalf of the Greifswalder Netzwerk Medical Humanities
* Department of German Philology, University Greifswald; † Institute for Community Medicine, Department Prevention Research and Social Medicine, University Medicine Greifswald

MEDICAL HUMANITIES: DEFINITION & STATUS QUO

DEFINITION (LAYOUT OF EUROPEAN RESEARCH UNIVERSITIES, LEPS)

"The medical humanities include an interdisciplinary field of humanities, social science and the arts, and provide insight into the human condition, development, suffering, personhood, our responsibility to each other as well as how social conditions and social institutions influence health and wellbeing and the effects of medical care. They also offer a historical perspective on medical practice." (https://www.lern.org/files/LEPS-HdM_Essential-528-Research-for-523-Health-demographic-change-and-wellbeing_2023-Merch.pdf, Page 4)

STATUS QUO

- Worldwide: Medical Humanities have been established for decades (e.g. in the USA)
- Germany: some activities in the last 10 years (e.g. Berlin, Nürnberg, Bonn, Bielefeld, Bochum), but no systematic approaches
- Greifswald: Health State Mecklenburg-Western Pomerania, One Health Research, Greifswalder Netzwerk Medical Humanities

NETWORK ACTIVITIES

PROPOSALS

- Four proposals submitted, rejected (Prof. Dr. Selixy/Dr. Schäfer, 2017; Prof. Mers/Prof. Ulbricht, 2020/2022; Prof. Ulbricht/ep/Prof. Freyer-Adami/Dr. Ullrich, 2022/2024)
- Two proposals submitted (Dr. Niny in cooperation with Dr. Schäfer, 2022; Dr. Ulbricht in cooperation with Dr. Schäfer, 2024)
- Proposal for a Conference on Medical Humanities at WHO (2022)
- Further proposals planned

TEACHING

- SoSe 2019: Interdisciplinary Seminar on "Medical Psychology"
- SoSe 2022: Studium universale. Topic: "Health"
- WiSe 2023/2024: Interactive thematic series on "Medical Humanities"
- SoSe 2024: Teaching activities focusing on "Gender Medicine" (HdM, HdMed, U23)
- SoSe 2024: Lecture series on "Medical Ethics"

NETWORK MEETINGS

- Topics are, e.g.
 - Communication in medicine (setting, stakeholders, ...)
 - Social discourses
 - Acceptance of preventive measures
 - Methodological issues (e.g. qualitative methods, triangulation of quantitative & qualitative methods)
 - Research day (planned for 2024)
 - ... and more

GREIFSWALDER NETZWERK MEDICAL HUMANITIES

WHO ARE WE?

- Greifswalder Netzwerk Medical Humanities founded in 2019
- Open platform for interdisciplinary and interprofessional exchange
- Topics and concepts of medicine and medical sciences from various perspectives and methodologies
- 30 members from different scientific disciplines from the University Greifswald and the University Medicine Greifswald

AIMS OF THE NETWORK

- Interdisciplinary interactions between research and education
- Reflection, criticism, and dealing with the ambiguity of health and illness
- Scientific communication strategies for Medical Humanities in Greifswald
- Sustainable structures for Medical Humanities in Greifswald

NETWORK COOPERATIONS

one health One Health Research in Greifswald

TEMCARE Telemedicine-Integrated German-Polish Paediatric Cancer Centre in the Euroregion Pomerania

InKE Inclusive Excellence in Medicine – systematic integration of sex and gender aspects into prevention and health promotion

Scientific Network Linguistics & Medicine

Scientific Network Working Wonders with Words

For some of the projects involved in the Network see Posters A1 – A7

Networking with external partners

Interprofessional Network: All faculties of the University of Greifswald represented

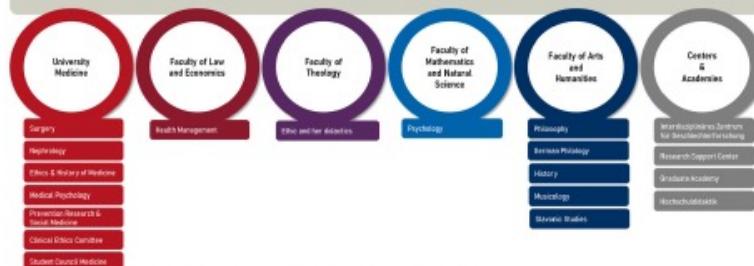


Photo 1: Members of the Greifswalder Netzwerk Medical Humanities (05/2022)



Photo 2: Overview of faculties and departments of the UG and UMG involved in the Greifswalder Netzwerk Medical Humanities (04/2024)

MEDICAL HUMANITIES

Interaktive Themenabende
im WiSe 2023/24

Hier geht's zum
Zoom-Link

Jeweils 18:00 Uhr, s.t. bis 20:00 Uhr

Im Hörsaal des Instituts für Deutsche Philologie,
Rubenowstraße 3 und auf Zoom



MediLing: Medizin trifft Linguistik

- 01.11.2023 Eröffnung der Veranstaltungsreihe und Textanalyse medizinischer und homöopathischer Lehrbücher
Dr. Pavla Schäfer
- 08.11.2023 Diskursanalyse des multimedialen Depressionsdiskurses
Dr. Marina Jakushevich
- 06.12.2023 Gesprächslinguistische Analyse von Impfberatungsgesprächen
Juliane Schopf (Universität Münster)

MediPhil: Medizin trifft Philosophie

- 22.11.2023 Medizinethische Überlegungen zu Apps für Depressionserkennung
Sebastian Laacke
- 29.11.2023 Der Krankheitsbegriff und seine praktischen Folgen
Victoria Oertel

MediSoz: Medizin trifft Sozialwissenschaften

- 10.01.2024 Krebsfrüherkennungsmaßnahmen aus Patient*innensicht
Dr. Antje Ullrich/ Prof. Dr. Sabina Ulbricht



VIELEN DANK!

