

Peter-Michael Hax
Thomas Hax-Schoppenhorst (Hrsg.)

Kommunikation mit Patienten in der Chirurgie

Praxisempfehlungen für Ärzte
aller operativen Fächer



Kohlhammer

Inhalt

Geleitwort von Prof. Dr. D. Rixen	7
Geleitwort von Dr. B. Hontschik	9
Vorwort der Herausgeber	15
1 Der „Gute Arzt“ – Über einen ethisch begründeten ärztlichen Umgang mit chirurgischen Patienten	17
<i>Dieter Theuer, Rolf Verres, Eike Martin und Markus W. Bächler</i>	
2 Systembedingungen für erfolgreiche Patientengespräche	36
<i>Jens Hager van der Laan und Ulrike Schlein</i>	
3 Ärzte und Patienten – zwei Welten begegnen sich	57
<i>Claudia Tödtmann</i>	
4 Was bedeutet ein chirurgischer Eingriff für das Seelenleben eines Patienten?	63
<i>Christoph Mattern und Ruperta Mattern</i>	
5 Das Gespräch – Herz der Medizin	75
<i>Thomas Hax-Schoppenhorst</i>	
6 Kommunikation in der Chirurgie	83
<i>Wolf Langewitz</i>	
7 Sicherheit durch Klarheit – Kommunikation in Unfallchirurgie und Orthopädie	99
<i>Peter-Michael Hax</i>	
8 Kommunikation von Behandlungsfehlern in der Chirurgie	110
<i>Martin Hansis</i>	
9 Komplikationen in der Chirurgie	117
<i>Michael A. Scherer</i>	
10 Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Chirurgie	126
<i>Jan Schildmann und Eva Schildmann</i>	

Inhalt

11	Gesprächsführung in der Neurochirurgie	136
	<i>Horst Poimann</i>	
12	Kommunikation mit urologischen Patienten	153
	<i>Robin Epplen und Axel Heidenreich</i>	
13	Arzt-Patientin-Kommunikation in der Gynäkologie und	158
	Geburtshilfe	
	<i>Gerhard Gebauer und Holger Maul</i>	
14	Kommunikation mit Krebskranken	166
	<i>Monika Keller und Jelena Zwingmann</i>	
15	Gesprächsführung mit Kindern und deren Eltern unter besonderer Berücksichtigung der Eingriffsaufklärung zu medizinischen Maßnahmen	178
	<i>Felicitas Eckoldt</i>	
16	Ein Kommunikationskonzept im Interesse kranker Kinder – der Verein Li-La e. V.	194
	<i>Lutz von Laer, Ralf Kraus und Wolfgang E. Linhart</i>	
17	Das Gespräch mit dem alten Patienten der Chirurgie	203
	<i>Linus S. Geisler</i>	
18	Kommunikation mit älteren Menschen	212
	<i>Stefanie Becker</i>	
19	Kommunikation mit Angehörigen. Aufklären – hinhören – mitfühlen	227
	<i>Claudia Sciborski</i>	
20	Viele Lebensformen – Migranten/innen im Gesundheitswesen	240
	<i>Monika Eicke</i>	
21	Qualitätsmerkmal Kommunikation	254
	<i>Dörte Lemmer</i>	
	Verzeichnis der Autoren und Autorinnen	265
	Stichwortverzeichnis	269

Kommunikation mit älteren Menschen

Stefanie Becker

Einführung

Alle *sprechen* vom demographischen Wandel... aber *wer* und vor allem *wie* wird mit den älteren Menschen gesprochen? Ein Blick auf diejenigen wissenschaftlichen Disziplinen, die sich qua Selbstverständnis mit dem Sprechen, der Sprache und der Kommunikation beschäftigen, macht deutlich, dass sich weder in der (deutschsprachigen) sprachwissenschaftlichen noch in der sozial-wissenschaftlichen Forschung zu den Themen „Alter und Sprache“ bzw. „Sprache und Sprechen im Alter“ eine wirklich substantielle Anzahl wissenschaftlicher Aufsätze oder Publikationen finden lassen. Bereits 1997 hat Fiehler festgestellt, dass es sich bei diesem Forschungsgebiet um ein „sträflich vernachlässigtes [...] Feld“ handelt (Fiehler 1997, S. 345). An diesem Zustand hat sich eigentlich bis heute kaum etwas verändert. Alterssprache oder Sprache und Kommunikation im Alter und vor allem *mit* alten Menschen wird noch am häufigsten im Vergleich mit Jugendsprache thematisiert, welche selbst ein überaus intensiv bearbeitetes Forschungsgebiet ist, zu dem es zwischenzeitlich sogar mehrere DUDEN Publikationen gibt. Dies scheint umso erstaunlicher als unsere Alltagserfahrung uns immer wieder lehrt, dass die Kommunikation von und mit älteren Menschen eigene Besonderheiten aufweist, welche insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung in besonderer Weise beeinflussen können. Der vorliegende Beitrag dieses beleuchtet wesentliche Aspekte kommunikativen Kontexts, die vor allem helfen können, die Kommunikation mit älteren Patienten best möglich zu gestalten.

Es wird zunächst über die altersbezogenen Merkmale des Erlebens und Verarbeitens von Krankheit im Alter sowie über sprachliche Besonderheiten von Kommunikation mit älteren Menschen informiert, um daraus abgeleitet Hinweise für eine beziehungsorientierte Kommunikation in einem für Ältere - bei gegebenem Bedarf - essentiellen Lebensbezug, dem medizinischen Kontext, zu geben.

Kommunikation: das Miteinander zum gegenseitigen Verständnis

Kommunikation geschieht vor dem Hintergrund, dass der Mensch ein soziales Wesen ist und unser gesellschaftliches Zusammenleben (im grossen wie im kleinen Rahmen) im Wesentlichen aus dem Austausch bzw. der Weitergabe von Informationen und Erfahrungen besteht. Dieser Austausch funktioniert üblicherweise mit dem gemeinsamen Ziele eines *gegenseitigen* Verstehens und Verstanden Werdens. Somit wird deutlich, dass

Kommunikation kein einseitiges Phänomen sein kann, sondern immer durch mindestens zwei Personen (*communis* – lat. gemeinsam) gestaltet wird und auch, dass Kommunikation immer ein Ziel verfolgt – implizit oder explizit. Der Erfolg eines Arzt-Patienten-Gesprächs ist damit nicht allein auf der sachlich-medizinischen, sondern vielmehr in besonderem Maße auch auf der beziehungsbezogenen Ebene zu suchen. Dies gilt zunächst für alle Patienten, bekommt aber mit dem Wissen um die Multimorbidität sowie die Heterogenität älterer Patienten besondere Bedeutung. Kommunikation und das miteinander Sprechen ist somit ein komplexer Vorgang, dessen tiefergehendes Verständnis gerade in schwierigen Gesprächssituationen wie einem Arzt-Patienten-Gespräch, zu einem für beide Kommunikationspartner zufriedenstellenden Ergebnis führen kann. Kommunikation im medizinisch-pflegerischen Kontext muss dabei aber generell als besondere Herausforderung betrachtet werden da sie sich durch vielfältige Asymmetrien in der Situation auszeichnet (Arzt-Patient; Experte-Laie; gesund-krank, selbständig-abhängig). Ist der Patient zusätzlich ein älterer Mensch, so spielt die soziale Kategorie „Alter“ ebenfalls eine wesentliche Rolle und ergänzt diese Asymmetrien um eine weitere (jung-alt), welche ebenfalls als wichtige Determinante der Kommunikation bzw. des Arzt-Patienten-Gesprächs betrachtet werden muss.

Der Begriff der *Humanmedizin* im Sinne eines ganzheitlich verstandenen diagnostischen und therapeutischen Ansatzes, der neben den fachlich-medizinischen Fakten immer auch die jeweils individuellen Merkmale der Lebenssituation des Patienten berücksichtigt, muss somit in besonderer Weise für die adäquate Behandlung älterer Patienten gelten.

Es sei jedoch gleich hier zu Anfang des Beitrags gesagt, dass bei den vielfältigen Determinanten der menschlichen Kommunikation kaum ein allgemein gültiges Patentrezept für das Gelingen der Arzt-Patient-Kommunikation gegeben werden kann. Was sollte denn auch das „objektive“ Erfolgskriterium eines gelungenen Aufklärungsgesprächs beispielsweise über eine Krebsdiagnose sein? Dass der Patient leichten Mutes und hoffnungsvoll die Praxis verlässt? Dass er keinerlei Beschwerden vorbringt, wenn tatsächlich alle besprochenen Komplikationen eingetreten sind? Tatsache bleibt leider, auch bei optimalem Verlauf des Aufklärungsgesprächs ist der Patient krank, vielleicht sogar lebensbedrohlich. Die Kommunikation mit dem Patienten sollte daher das wichtigste Mittel sein, um in erster Linie ein *Vertrauensverhältnis herzustellen*, dies ermöglicht die optimale Therapiemöglichkeit zu finden, die neben den medizinischen Notwendigkeiten aber auch die Bedürfnisse, Wünsche und Ängste des Patienten in angemessener Weise berücksichtigt. Aber die Frage bleibt, wie soll das gehen? Hierzu soll die im folgenden Abschnitt erläuterten Aspekte der Lebenssituation alter Menschen eine wichtige Hintergrundinformation für die notwendig

einzunehmende Gesprächshaltung des Arztes bieten bevor auf spezifische kommunikative Hürden bzw. deren Beachtung eingegangen wird.

Kommunikation im Arzt-Patienten-Kontext hat nicht nur die Aufgabe der Informationsvermittlung sondern insbesondere das Ziel der Herstellung eines Vertrauensverhältnisses.

Gesundheit im Alter: Vulnerabilität bei hoher Heterogenität

Das „klassische“, d.h. pessimistische, defizit-orientierte Bild vom Alter, nach dem Altern ausschließlich mit Verlusten, Abbau und Einbussen assoziiert wurde, ist in der modernen Altersforschung (Gerontologie) längst überholt und durch ein Bild ersetzt worden, das sowohl Gewinne, Lernfähig- und Entwicklungsfähigkeit als auch Kompetenzen bis ins hohe Lebensalter betont und in den Vordergrund stellt (vgl. Baltes, 1996, Baltes & Baltes 1990). Diese Erkenntnis wird auch durch Daten des deutschen Alterssurveys gestützt, nach denen mit einer höheren Lebenserwartung bedingt durch den demographischen Wandel durchaus auch mehr Jahre in guter Gesundheit verbunden sind. Dieses Bild wird zwischenzeitlich auch durch den demographischen Wandel unserer Gesellschaft deutlich erkennbar, als sich die Altersgruppe 65+ und selbst hochaltrige Menschen (85+) durch eine hohe Heterogenität der körperlichen Erscheinung und damit auch bezüglich ihres gesundheitlichen Zustands sowie ihrer Lebenserwartung und ihren Lebensumständen auszeichnet. Aber nicht nur die gesundheitsbezogenen Einschränkungen, sondern insbesondere auch das individuelle Leistungsvermögen älterer Menschen hat sich im letzten Jahrhundert enorm gewandelt, so dass heute in der Gerontologie der Begriff der *Individualität* bzw. *Heterogenität im Alter* als entscheidend für das Verständnis von differentiellen Altersprozesse bewertet wird. Entsprechend hat sich auch das Verständnis einer adäquaten medizinischen Behandlung verändert. So ist die Lebenssituation eines älteren Patienten heute kaum mehr mit einem standardisierten (Therapie- oder Kommunikations-) Raster zu betrachten, sondern erfordert gerade in einer medizinischen Anamnese besondere Aufmerksamkeit, um den individuellen Möglichkeiten der Gesundheitspflege und Compliance (die Befolgung ärztlicher Therapieanweisungen) des Einzelnen gerecht zu werden und eine auf seine Lebenssituation passende (und nicht ausschließlich auf seinen Gesundheitszustand bezogene) Therapie zu empfehlen. In dieser Konstellation ist es im Unterschied zu jüngeren Patienten besonders bedeutsam nicht nur die Risikofaktoren sondern insbesondere die Ressourcen und Möglichkeiten des

selbstbestimmten Lebens des Patienten zu erkennen und zu fördern. Entsprechend ist heute vom Arzt (unabhängig von der jeweiligen Fachrichtung), neben seinem Fachwissen in Diagnose, Pharmakologie und Therapie, eine Vielfalt psychosozialer Kompetenzen auf der menschlichen Dimension gefordert, zu denen in besonderem Maße auch die kommunikative Kompetenz hört. Diese Kompetenz umfasst jedoch nicht nur das aktive Sprechen bzw. das wörtliche Aufnehmen des vom Patienten Gesagten sondern auch das „Hören zwischen den Zeilen“ bzw. das Verstehen der Hinweise aus der nonverbalen Kommunikation des Patienten (Gestik, Mimik, Körperhaltung).

Aktuelle Modelle vom Altern betonen die Möglichkeiten der *selbstbestimmten Gestaltung* des Lebens als *wichtige Ressource* für das Gesundheitsverhalten älterer Menschen. Sie sollten in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Vordergrund stehen.

Krankheit und subjektives Gesundheitserleben im Alter

Welche Bedeutung hat aber nun der objektive medizinische Befund für den älteren Patienten? Üblicherweise wird das subjektive Gesundheitserleben auch stark von den objektiven Aspekten der Gesundheit bzw. Krankheit eines Menschen bestimmt. Mit zunehmendem Alter scheint sich jedoch diese Beziehung zu verschieben. So ist die Beurteilung der Lebensqualität oder gar der noch verbleibenden Lebenszeit älterer Patienten weitaus mehr von der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes abhängig als von objektiven medizinischen Befunden. Frauen weisen dabei meist etwas geringere Zufriedenheitswerte auf als Männer, ebenso wie Personen mit niedrigerem Bildungsniveau im Gegensatz zu solchen mit höheren Bildungsabschlüssen und höherem sozio-ökonomischen Status. Dabei sind ältere Personen von fast allen Krankheitsgruppen stärker betroffen als jüngere Erwachsene. Kontraintuitiver Weise bleibt aber dennoch die Einschätzung des Gesundheitszustandes selbst bei wachsenden gesundheitlichen Problemen gleich. Ist auch bei den über 70-Jährigen aus medizinischer (d.h. objektiver) Perspektive ein Großteil als krank einzuschätzen (wenn auch nicht gleich lebensbedrohlich), ist dies offensichtlich aus der subjektiven Sicht der betroffenen Älteren selbst nicht zwangsläufig bedeutend mit dem *Gefühl* des Krankseins. Häufig ziehen medizinisch diagnostizierte Erkrankungen wie z.B. Bluthochdruck oder Diabetes zwar Behandlungsbedarf im Sinne einer engmaschigen Arztkonsultation und/oder langfristiger Medikamenteneinnahme nach sich. Sie sind aber nicht unbedingt mit stärkeren subjektiven Beschwerden verbunden. Hinzu kommt, dass viele der körperlichen

Erscheinungen im Sinne einer „Selbststereotypisierung“ bezüglich des Alters von den Betroffenen als „normal“ für ihr Alter bewertet werden.

Psychologisch betrachtet stellt dieses auch in anderen Lebensbereichen als *Zufriedenheitsparadoxon* beschriebene Phänomen jedoch keine Verkenning der „objektiv richtigen“ Lebenssituation dar, sondern muss als mehr oder weniger aktiv-bewusste Bewältigungsstrategie im Umgang mit den erlebten gesundheitlichen Einschränkungen verstanden werden. Dieser Tatsache gilt es besonders Augenmerk im Umgang mit älteren Patienten zu schenken als eine Vielzahl internationaler Studien gezeigt hat, dass Befragte mittleren und höheren Alters einem deutlich erhöhten Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt sind, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlecht einschätzen (vgl. Schwarzer & Knoll, 2001). Auch dieses erhöhte Sterberisiko lässt sich nicht durch die ärztlich diagnostizierten, objektiven Befunde oder durch soziodemographische und erfassungsspezifische Einflüsse erklären. Vielmehr scheint die psychosoziale Lebenssituation und die subjektive Befindlichkeit des älteren Patienten hierbei eine wesentliche Bedeutung zu zukommen. Ob nun eine medizinische Diagnose oder die Auseinandersetzung mit einer chronischen Krankheit, wie z.B. Funktionseinschränkungen bis hin zu erlebten Einbußen durch ein krankes Organ, zu einem zentralen Daseinthema wird oder nicht, wie der betroffene Patient damit umzugehen lernt und ob trotz der erlebten Krankheitssymptome die best mögliche Lebensqualität für ihn erreicht werden kann, kann wesentlich durch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis mitbestimmt werden. Hierfür sind eine aufmerksame Kommunikation und eine entsprechende offene Gesprächshaltung des Behandlers von wesentlicher Bedeutung. Im Folgenden sollen nun einige Kommunikationsmodelle erläutert werden, die ein vertieftes Verständnis derjenigen Prozesse möglich macht, die auf beiden Seiten der Kommunikation (Sprecher und Hörer, Arzt und Patient) wesentlich sind und insbesondere in einem Gespräch mit älteren Patienten Bedeutung haben können.

Nicht allein der objektive Gesundheitszustand, sondern die *subjektive Einschätzung* des Gesundheitszustandes ist bei älteren Patienten eine wesentliche Variable für Lebensqualität und Sterberisiko!

Modelle sozialer Kommunikation: Kommunikationsfallen erkennen

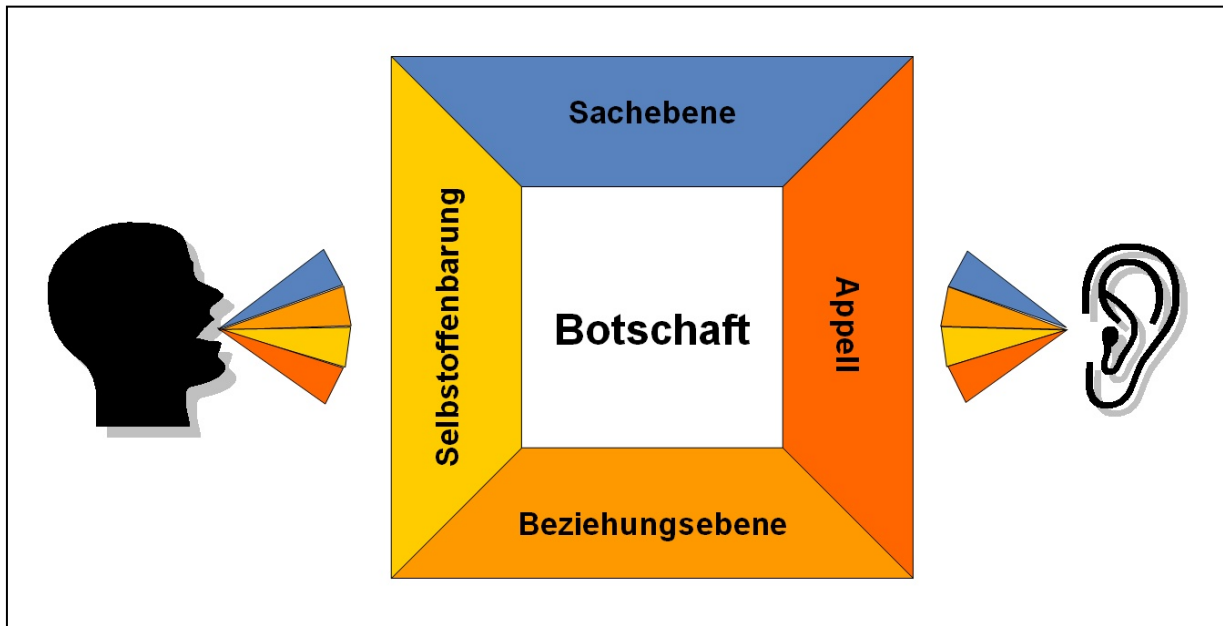
Soziale Kommunikation, d.h. Kommunikation mit einem spezifischen Gegenüber, in einem spezifischen Kontext und möglicherweise noch mit einem spezifischen Ziel, bezieht sich normalerweise auf unterschiedlichen Ebenen: der Sach- bzw. Inhaltsebene und einer

Beziehungsebene. Auf der Sachebene wird in der Arzt-Patienten-Kommunikation sicherlich Professionalität im Sinne fachlicher Kompetenz, objektive Informationsvermittlung sowie das Ausschalten persönlicher Präferenzen erwartet. Die (Sach-)Aufgabe ist es, einen Befund zu erheben, angemessene therapeutisch-pharmakologische Maßnahmen bestimmen, diese umzusetzen und ihren Erfolg zu kontrollieren. Die Sachebene bezieht sich dabei rein auf den (objektiven) Inhalt der ausgetauschten Informationen. Die eigentliche Botschaft des Gesprächs ist jedoch nicht immer auf der Sachebene zu finden, sondern menschliche Kommunikation zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass auch „zwischen den Zeilen“ gelesen werden kann. Die dort gegebenen Informationen, die sich dann eher auf die Beziehungsebene beziehen, rahmen die Art des Miteinanders während des Informationsaustausches. Da jede Beziehung zwischen zwei Menschen (im privaten wie im beruflichen Umfeld) immer stark von unbewussten Gefühlen, Fantasien, Ängsten und Erwartungen *beider* Gesprächspartner geprägt ist, beeinflussen diese gerade auch die Beziehungsebene der Kommunikation. D.h. dass sprachliche Aussagen, nicht unbedingt ausschließlich wörtlich gemeint sind oder auch so verstanden werden, sondern dass zusätzlich (bewusst oder unbewusst) indirekte Information dabei mitschwingen bzw. herausgehört werden kann. Ob dies vom Sprecher selbst ausgelöst wird oder auch durch den Hörer in bestimmter Weise interpretiert wird, kann das Miteinander im Gespräch zu einer Aneinanderreihung von Missverständnisse und unausgesprochenen Erwartungen und Wünschen machen, das in dem Gefühl vom jeweils anderen nicht ernst genommen oder verstanden zu werden, enden kann.

Nicht nur der *Sprechende* selbst, sondern immer auch der *Gesprächspartner* mit samt seiner individuellen Eigenarten bestimmt die Art und Weise sowie die Muster, welchen der Verlauf der Kommunikation folgt.

Alle Nachrichten können dabei grundsätzlich entweder explizit oder implizit ausgedrückt werden. Explizite Aussage können meist eindeutig auf der Sachebene eingeordnet werden. Komplizierter wird es allerdings, die impliziten Aussagen richtig zu verstehen. Friedemann Schulz von Thun unterscheidet bezogen auf diese indirekte Kommunikation neben der Sachebene drei weitere Ebenen (siehe Abbildung 1).

Abb.1: Das Vier-Ohren-Modell (Schulz v. Thun, 1989, 2000)



Die Bedeutung dieses (allgemeinen) Kommunikationsmodells für das Arzt-Patienten-Gespräch sei an einem Beispiel kurz erläutert:

Der Patient sagt: „Ich habe Schmerzen“. Diese Botschaft kann nun ganz Unterschiedliches bedeuten, je nach dem auf welcher der vier kommunikativen Ebenen der Patient sich befindet:

- Auf der Sachebene handelt es sich in diesem Fall um die (sachliche), explizite, direkte Feststellung des körperlichen Zustandes des Patienten.
- Auf der Beziehungsebene wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus Sicht des Patienten formuliert. Er teilt dem Arzt mit, dass er sich Hilfe von ihm erwartet, da die Arzt-Patienten-Kommunikation durch eine Asymmetrie (Experte-Laie) zwischen den beiden Beteiligten gekennzeichnet ist. Mit dieser Aussage zeigt der Patient auch an, dass er diese ungleiche Beziehung akzeptiert. Eine explizite Aussage für diese Botschaft könnte sein: „Sie sind der Experte.“
- Direkt damit in Verbindung steht die Appell-Ebene. Die Aussage des Patienten fordert eine Reaktion bzw. eine Handlung beim Empfänger, in diesem Fall beim Arzt. Hier wird auf der Appellebene die Erwartung an eine Hilfeleistung im Sinne von „hilf mir meine Schmerzen zu lindern“ vom Patienten an den Arzt gerichtet.
- Auf der Ebene der Selbstoffenbarung geht die Botschaft am weitesten über den eigentlich mitgeteilten Sachinhalt einer gegebenen Schmerzempfindung hinaus und liefert eine Aussage darüber das, was möglicherweise noch zusätzlich oder sogar ganz besonders im Patienten vorgeht. Sie kann somit die eigentliche Information für die weitere Gestaltung der Beziehung und den Aufbau einer tragenden Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient enthalten. So könnte der Patient

(implizit) mit dieser Aussage seine Hilflosigkeit oder auch seine Angst ausdrücken. Explizit könnte eine entsprechende Aussage lauten: „Ich habe Angst, dass es etwas Schlimmes ist!“

Die eigentliche Herausforderung für den behandelnden Arzt liegt nun darin, das richtige Gespür dafür zu entwickeln, auf welcher der genannten Ebene des Gesprächs der Patient sich an ihn wendet. Unglücklicherweise können nun aber auf Seiten des Arztes selbst einige Aspekte zu Kommunikationshindernissen und damit zu Verständnisbarrieren werden. Ist man sich jedoch über diese bewusst, so können sie mit wachsender Erfahrung erkannt werden und die Kommunikation, insbesondere mit älteren Patienten, die zusätzlich häufig dazu tendieren, die Verantwortung komplett an den Arzt abzugeben oder sich nicht trauen Unklarheiten auszudrücken, ganz entscheidend verbessert werden.

Für das Verständnis dieser Hindernisse kann ein weiteres Modell der Kommunikation, diesmal aus dem Bereich der Sprachwissenschaften zur Erklärung herangezogen werden.

Das Modell der *kommunikativen Anpassung* (Coupland, Coupland & Giles, 1991; Fiehler, 2009) beschreibt, wie Kommunikationspartner ihr Gesprächsverhalten an unterschiedliche Partner anpassen bzw. partnerorientiert modifizieren, um einerseits eine möglichst hohe Effizienz des Gesprächs, andererseits aber auch ein möglichst großes Maß an Verstehen und Verstanden werden zu erreichen. Beispielsweise sprechen wir alle mit unserem Lieblingsbäcker an der Ecke anders als mit dem Polizist, der uns gerade einen Strafzettel an die Windschutzscheibe klemmt; wir wählen unsere Worte und Inhalte anders, wenn wir unserem Partner, unseren Kindern oder unseren Kollegen von unseren Erlebnissen des Tages erzählen. Auch bestimmt unser momentaner Gefühlszustand, wie weit bzw. wie gut wir uns auf eine Kommunikation mit einem Gegenüber einlassen können.

In dem Versuch sich auf das Gegenüber möglichst gut einzustellen werden dabei alle in der jeweiligen Situation verfügbaren Informationen über den Kommunikationspartner herangezogen. Im einfachsten Fall (vorallem wenn man das Gegenüber noch nicht kennt) sind es sichtbare, sofort erkennbare Merkmale *sozialer Kategorien*¹ wie Geschlecht, Alter oder Berufszugehörigkeit (z.B. weißer Kittel, Uniform), die zur (unbewussten) Steuerung der

¹ **Soziale Kategorie** meint eine (meist unbewusste) Form der Wissensstrukturierung in einem sozialen Ordnungsgefüge (z.B. Gesellschaft). Ihre Folge ist ein Zuordnungsprozess von Personen bzw. Personengruppen gemäss (sozialen) Merkmalen wie z.B. Geschlecht, Alter oder Beruf. Sie kann als Eigenidentifizierung („ich bin Mutter“) oder als Fremdkategorisierung („er ist Richter“) erfolgen und ist assoziiert mit bestimmten Eigenschaften und Handlungserwartungen der jeweiligen sozialen Kategorie.

Kommunikation beitragen. So ist Tatsache, dass dem Arzt ein alter und kranker Mensch gegenübersteht eine wesentliche Information, die zu weiterführenden Assoziationen des jeweils subjektiven Bildes des Arztes über ältere Patienten im Allgemeinen und damit ihres (möglicherweise) zu erwartenden Denkens und Verhaltens führt.

Aus diesem (allgemeinen) Modell der kommunikativen Anpassung hat sich speziell zur Beschreibung der Kommunikation mit älteren Menschen, das Modell der *kommunikativen Präjudizierung des Alters* entwickelt (Ryan & Kwong See, 2003) (vgl. Abbildung 2). Es greift die besondere Form der Anpassung der Kommunikation auf, die auf der Grundlage vorurteilsbehafteter bzw. stereotyper Annahmen hinsichtlich altersbezogener Defizite und Inkompetenzen älterer Kommunikationspartner (entsprechend dem Defizitmodell des Alters, vgl. Lehr, 2008) beruhen. Dies ist besonders bedeutsam, da gerade in medizinisch-pflegerischen Berufen die *negative* Erwartungshaltung älteren Menschen gegenüber besonders ausgeprägt ist, was vor allem mit der (berufsbedingten) täglichen Erfahrung mit alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen im Zusammenhang steht. Entsprechend kann eine auf solchen einseitigen Annahmen bestehende kommunikative Anpassung zur vorurteilsgeleiteter Wahrnehmung auch im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung² einen substantiellen Einfluss auf die Arzt-Patient-Kommunikation ausüben.

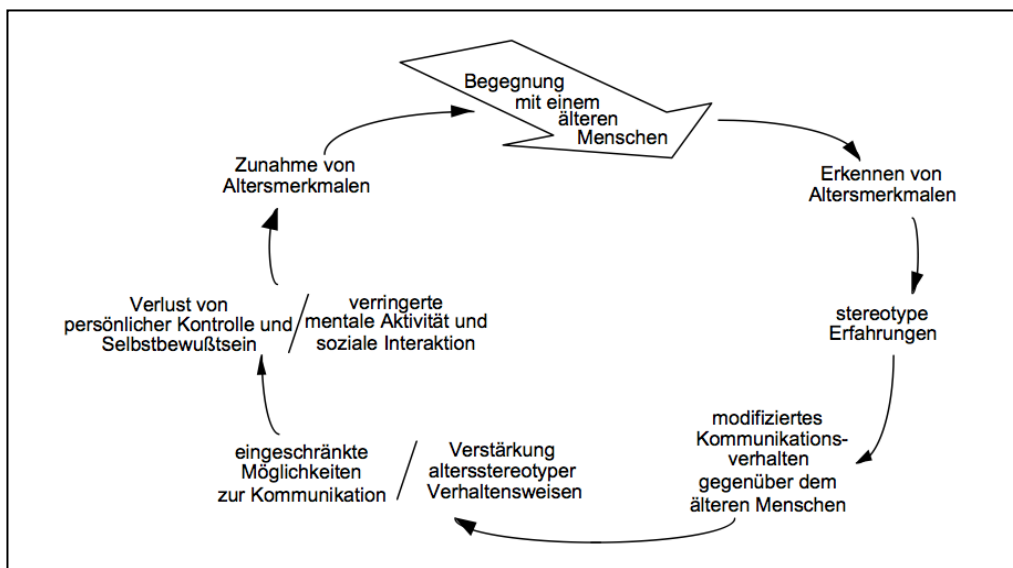
Solche defizitorientierten Vorannahmen (Präjudizen) unterstützen damit stereotypes Verhalten beim Gesprächspartner und wirken sich dadurch hindernd auf den Kommunikationsprozess aus. Eine effektive Kommunikation, über die ein *tragendes Vertrauensverhältnis* hergestellt werden könnte, wird damit (fast) unmöglich.

Der Zusammenhang ist einfach: Eine dem negativen Stereotyp des Alters entsprechende Erwartungshaltung bezogen auf die Kompetenzen älterer Patienten führen dazu, dass sich die Sprecher (in diesem Fall der Arzt) entsprechend verhalten bzw. kommunizieren. Eine typische

² Die sich **selbsterfüllende Prophezeiung** (engl. *self-fulfilling prophecy*) ist eine Vorhersage, die sich deshalb erfüllt, weil sich der Vorhersagende, meist unbewusst, so verhält, dass sie sich erfüllen muss. D.h. wird davon ausgegangen, dass ältere Menschen weniger kompetent sind, stelle ich mein Verhalten sowie meine Wahrnehmung entsprechend darauf ein (z.B. durch die selbstverständliche Übernahme von Entscheidungen). Dieses Verhalten wiederum löst beim Gegenüber eine Reaktion aus. Die Personen wehren sich besonders bei asymmetrischen Beziehungen wie es bei Arzt-Patient der Fall ist, nicht dagegen, sondern nehmen dieses „*patronisierende Verhalten*“ an in dem sie z.B. die Entscheidung unhinterfragt übernehmen. Dies wiederum bestätigt den Vorhersagenden in seiner ursprünglichen Meinung, wodurch wiederum sein negatives Stereotyp für zukünftige Begegnungen mit Älteren verfestigt wird. Auch die selektive Wahrnehmung von lediglich dem Stereotyp entsprechenden Merkmalen (während gegenteilige positive vernachlässigt werden) unterstützt diese Prozesse.

Form dieses altersdiskriminierenden Sprechens ist die *patronisierende Kommunikation* nach der z.B. „baby talk“ (z.B. hohe Stimme, besonders einfache Satzkonstruktion, verniedlichende Ausdrücke, etc.) gebraucht wird, nicht direkt mit dem Gesprächspartner gesprochen wird (sondern mit einer dritten anwesenden Person) oder auch die Stimme erhoben wird und lauter gesprochen wird (weil automatisch davon ausgegangen wird, dass ältere Menschen schlecht hören) (vgl. Ryan & Kwong See, 2003; Maier, 2003).

Abb.2: Modell der kommunikativen Präjudizierung des Alters (Ryan & Kwong See, S. 61)



Aber auch

die älteren Menschen selbst können zur Entstehung solcher Kommunikationsmuster beitragen, indem sie ihr Gesprächsverhalten, quasi im vorausseilenden Gehorsam, den vermuteten Erwartungen anpassen. Unabhängig von ihren eigentlichen (kognitiven) Kompetenzen greifen Sie dann z.B. auf einen reduzierten Wortschatz zurück, fragen nicht nach oder vermeiden den Blickkontakt. Eine solche mögliche Überanpassung kann zu einem Teufelskreis führen, der letztlich zur sprachlichen Entmündigung des Patienten und damit einer misslungenen Kommunikation führt.

Merke:

Gute Kommunikation mit älteren Menschen hängt durchaus in entscheidendem Maß davon ab, wie vorurteilsbehaftet diese von ihren Kommunikationspartner wahrgenommen werden.

Die hierfür notwendige kommunikative Grundhaltung auf Seiten des Arztes, als Grundlage einer vertrauensbildenden Kommunikation sei im Folgenden noch etwas näher in den Blick genommen.

Vertrauensvolle Kommunikation mit älteren Patienten: Die Grundhaltung entscheidet

An dieser Stelle sei aber zunächst einmal Plädoyer für eine gewisse Leichtigkeit im Umgang mit diesen Kommunikationshindernissen ausgesprochen. Die sachliche Feststellung, dass diese vorurteilsbehaftete Kommunikation gerade mit älteren Patienten eine durchaus häufig zu findende, wenn auch meist unbewusste Realität in der Arzt-Patienten-Kommunikation darstellt, bedeutet aber noch lange nicht, dass es nicht möglich wäre, diese mit entsprechender Aufmerksamkeit und einem gewissen Maß an Übung mit der Zeit immer besser zu erkennen. Nur indem eine offene Kommunikation überhaupt zugelassen wird ergibt sich die Chance, dass Missverständnisse aufgedeckt und mögliche bestehende Vorurteile ausgeräumt werden können. Es wird dabei nicht mit jedem Patienten einfach sein dies jeweils herauszufinden, aber schon die Tatsache, dass man sich bei jedem neuen Patienten, jeder neu sich ergebenden Gesprächssituation auch im Hinblick auf die eigenen Vorannahmen hinterfragt, bietet die Möglichkeit für die Entwicklung des eigenen Kommunikationsverhaltens auf das Ziel des gemeinsamen Verständnisses gerichtet.

Eine sowohl medizinisch als auch auf menschlicher Ebene erfolgreich Zusammenarbeit mit dem Patienten im Sinne der Diagnosestellung und Therapieauswahl kann nur dann erfolgend, wenn der Arzt die tatsächliche Befindlichkeit des Patienten *empfindend versteht*. Deshalb ist es entscheidend sich als Arzt immer wieder über die oben beschriebenen Zusammenhänge im Klaren zu werden und eine *offene, möglichst vorurteilsfreie Grundhaltung* älteren Patienten gegenüber zu entwickeln. Nur so kann eine reflektierte, vertrauensstiftende Kommunikation stattfinden, in der es möglich wird die verbalen sowie die nonverbalen Signale gerade älterer Patienten zu empfangen und richtig zu deuten. Es ist dabei sicherlich eine Herausforderung an die Menschenkenntnis und Sensibilität des Arztes, nicht nur die äußeren oder rein körperlichen, sondern gerade auch die innerliche Befindlichkeit des Patienten im Sinne einer ganzheitlich praktizierten Humanmedizin in den Blick zunehmen. Diese Grundhaltung ist Voraussetzung einer *partizipativen Entscheidungsfindung* (vgl. Bergelt & Härter, 2010), die auf die Übereinstimmung beider Gesprächspartner bezüglich möglicher Therapiepläne zielt. Gelingt dies jedoch, so fühlt sich der Patient wahr- und ernstgenommen, baut Vertrauen zum Arzt auf und ist in der Folge auch bereit, das vorgeschlagene Therapieverfahren mit hoher Compliance anzunehmen (vgl. auch

Geisler, 2002). Neben der ökonomischen Bedeutung (Ausgaben für verordnete, abgesetzte oder nicht eingenommene Medikamente) kann durch Information und Beteiligung von Patienten ihre Behandlungsqualität erhöht und die Therapie-Effekte günstig beeinflusst werden. Die Bedeutung einer solchen Gesprächshaltung wird vielleicht durch ein tradiertes Zitat von Johann Kaspar Lavater, einem Schweizer Dichter (1741-1801) noch deutlicher:

"Findest Du einen Menschen, der ruhig ist, ohne Affektion, der mit der Gegenwart des Geistes, mit wahrer Teilnahme, mit stillem Bedürfnis hören kann, der Dich nicht leicht unterbricht, der nicht zwei Fragen auf einmal tut, die Antwort auf eine gelassen abwartet und ganz auffasst, der nicht vorwärts-, nicht zurückgreift, dessen Blick Dich nicht geflissentlich fixiert und niederschlägt, dessen Blick den Deinigen nicht geflissentlich ausweicht, der nicht in die Höhe und nicht in die Tiefe zielt, der in demselben Grade unnachlässig und angespannt ist, so denke, einen Schatz im Acker, eine Perle gefunden zu haben."

Einige hilfreiche Handreichungen, wie eine solche Grundhaltung mittelfristig erreicht und eine vertrauensbildende Kommunikation mit älteren Patienten entstehen kann, sei noch im folgenden Abschnitt gegeben.

Praxishelfer für den täglichen Gebrauch

Zum Abschluss sollen hier noch einige hoffentlich hilfreiche Anregungen dargestellt werden, die das Einnehmen einer solchen offenen und vorurteilsfreien Grundhaltung erleichtern und im Praxisalltag zu der Erfahrung vertrauensbildender Kommunikation zwischen Arzt und älteren Patienten verhelfen können.

1) Empowerment:

Die Tatsache, dass sich mit dem Alter bei zunehmender Morbidität die subjektive Einschätzung der Lebensqualität und –zufriedenheit relativ stabil bleibt gibt dem behandelnden Arzt die Möglichkeit gerade dies zu nutzen, um einerseits die notwendige Vertrauensbasis aufzubauen und andererseits den Patienten in ihrer Selbständigkeit und ihren verbliebenen Kompetenzen zu fördern und so die Rekonvaleszenz zu verbessern. Konkret bedeutet dies, sich im Arzt-Patienten-Gespräch nicht mehr als unbedingt an der Aufzählung und Erläuterung der Diagnose, der Laborwerte oder der Nebenwirkungen aufzuhalten, sondern das Gespräch vielmehr dazu zu nutzen, dem Patienten die eigenen Kompetenz aufzuzeigen, diese anzuerkennen und ihm so zu einer optimistisch-angemessenen Beurteilung seiner Gesamtsituation zu verhelfen. Eine solche Haltung und Ausrichtung der

Gesprächsinhalte zeigt dem Patienten, dass er Anerkennung und Bestätigung findet (und das in einer sonst asymmetrisch-umgekehrten Gesprächssituation!). Dies fördert sein Selbstbewusstsein und seinen Willen gesund zu werden.

Beispiel:

Eine 77jährige Frau wurde nach einem operierten Oberschenkelhalsbruch mit 3 Wochen Akutkrankenhausaufenthalt und nach 4 Wochen Rehabilitation sehr deprimiert in ein Pflegeheim verlegt. Ihre emotionale Lage war jedoch nicht nur der Tatsache zu schulden, dass ihr Zustand es nicht zuließ, dass sie nach Hause konnte, sondern auch zusätzlich von der Sorge um ihren im häuslichen Umfeld nun „hilflos“ lebenden Ehemann getragen. Anstatt nun sie davon zu überzeugen, dass sie diese Lebenssituation doch nun akzeptieren sollte, erklärte ihr der Hausarzt, dass sobald sich ihr körperlicher Zustand so bessere, dass sie sich selbständig in ihrem Haushalt bewegen und den unterstützenden Gebrauch einer Gehhilfe erlernt habe, er eine Entlassung nach Hause befürworte. Nach 2 Monaten zog sie wieder bei Ihrem Ehemann ein.

Diese Form der Gesprächsführung mit bzw. –haltung gegenüber dem älteren Patienten wird mit *Empowerment* bezeichnet. Empowerment meint die Stärkung von Autonomie, Selbstbestimmung und Förderung von Selbstbefähigung. Ziel ist es, einer resignativen Haltung älterer Patienten entgegenzuwirken in dem sie auf ihre – trotz der Erkrankung – gegebenen Ressourcen, verbliebenen Handlungs- und Durchsetzungsmöglichkeiten und – fähigkeiten aufmerksam gemacht werden. Empowerment im Umfeld der ärztlichen Beratung steht dabei für einen Prozess, in dem die Patienten ihre Gesundheit bzw. ihre Lebensgestaltung *trotz* Erkrankung selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und vorhandene soziale oder professionelle Ressourcen nutzen. Leitperspektive ist dabei immer die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens.

Wie?

- ✓ Befund und Diagnose sind zwar wichtige Inhalte des Arzt-Patienten-Gesprächs aber *nur ein Teil* der gesamten Lebenssituation des Patienten
- ✓ Versuchen Sie *Ressourcen und eigenständige Handlungsmöglichkeiten* zu eruieren und diese in den Mittelpunkt des Gesprächs zu stellen

- ✓ *Bestärken Sie den Patienten in seinen Möglichkeiten der selbstbestimmten Lebensgestaltung auch mit der Erkrankung bzw. Einschränkung seiner Gesundheit*

2) Die Gesprächstechnik des „Spiegelns“:

Eine Grundvoraussetzung für diese Gesprächstechnik ist das *aktive Zuhören*. Dies bedeutet sich auf den Gesprächspartner einzulassen und mit Empathie, wohlwollend zuzuhören. Es geht darum, den Gesprächspartner *wirklich* zu verstehen, egal ob man selbst seine Ausführungen teilt oder nicht. Wer eine solche Gesprächshaltung einnimmt, bringt seinem Gesprächspartner Wertschätzung zum Ausdruck, die Vertrauen und ein für beide Seiten gewinnbringendes Gespräch fördert. Das Prinzip des Spiegelns beruht nun darauf, dass der Arzt durch *Wiederholung des Gesagten in seinen eigenen Worten* kurz dem Patienten gegenüber (sprachlich) wiedergibt, was er gehört und verstanden hat bzw. glaubt (gerade auch zwischen den Zeilen) verstanden zu haben.

Beispiel 1:

Patient: *"Die letzte Nacht mit diesen Erstickungsanfällen, Herr Doktor, diesen Horror, den möchte ich nicht wieder erleben."*

Arzt: *"Die letzte Nacht, das war schlimm und beängstigend für Sie."*

Beispiel 2:

Ein Patient nach mehrfacher Chemotherapie sagt: *"Ich weiß nicht, ob ich das schaffen kann."*

Arzt: *"Sie haben Angst, es könnte Ihnen über den Kopf wachsen?"*

Der wesentliche Effekt der Spiegeltechnik liegt darin, dass sie die Selbstexploration des Patienten fördert und ihm dazu verhilft, mehr Klarheit über seine Erlebniswelt, seine Gefühle, Bedürfnisse und Ziele zu gewinnen. Durch eine solche Gesprächsführungstechnik wird für beide Gesprächspartner sichergestellt, dass alle Informationen richtig und vollständig verstanden wurden. Es gibt sowohl dem Arzt als auch dem Patienten eine Rückmeldung, die - sofern notwendig - korrigiert werden kann. Beide Kommunikationspartner sprechen somit von der gleichen Sache. Dies schafft das Gefühl des Verstandenwerdens auf der Seite des Patienten, denn das Spiegeln/Paraphrasieren zeigt dem Gegenüber, dass ihm wirklich mit Interesse (aktiv) zugehört wurde. Formulierungen wie *"Ich frage mich, was das für Sie bedeutet"*, *"Es beschäftigt mich, was da in Ihnen vorgeht"*, oder *"Sie haben das Gefühl, dass ..."*, *"Sie wünschen sich, dass ..."* können dem gegenseitigen Verstehen helfen.

Dem Arzt gibt dieses Vorgehen die Sicherheit, sein Verstehen zu signalisieren und in Worte zu fassen, ohne jedoch gleich in die Gefahr des Interpretierens zu geraten. Zudem erhält er so eine gute, auf echtem Verständnis beruhende Basis für einen adäquaten, individuellen patientenorientierten Therapievorschlag. Ist sich der Arzt nicht sicher im Verstehen der Schilderungen des Patienten, so kann er dies ebenfalls mit Formulierungen wie „*Hab ich Sie jetzt damit richtig verstanden..*“, „*Gerne würde ich Sie diesbezüglich noch etwas besser verstehen*“ oder auch „*Mögen Sie mir das vielleicht noch etwas genauer schildern?*“ vom Patienten erfragen.

Wie?

- ✓ *Blickkontakt* fördert das aktive Zuhören (wenig hilfreich ist es während der Anamnese nur den Computerbildschirm anzuschauen)
- ✓ Wenden Sie sich ihrem Patienten auch mit Ihrer *Körperhaltung* voll zu
- ✓ Geben Sie dem Patienten durch *nonverbale Zeichen* Hinweise auf Ihre aktive Zugewandtheit (z.B. Kopfnicken, „mhm“, etc.)
- ✓ Sprechen Sie immer zuerst mit dem Patienten *direkt* bevor Sie mögliche Begleitpersonen auch mit einbeziehen
- ✓ In kritischen Behandlungssituationen (z.B. vor einem operativen Eingriff) kann die Kombination von *zugewandter Körperhaltung*, *Blickkontakt* **und** *einer Berührung* sehr hilfreich sein und Angst reduzieren.

Abschließende Bemerkung: soviel Zeit muss sein!

Zuletzt sei hier noch ein von Patientenseite häufig beklagter und von Arztseite ebenso häufig als Erklärung angeführter Punkt benannt, wenn es um Missverständnisse und unzufriedenstellende Kommunikation geht: der Zeitdruck (aus ökonomischen Gründen). (Gesprächs-)Zeit beim Patienten möglichst knapp zu halten, um die anderen alle im Wartezimmer möglichst schnell „bedienen“ zu können, bringt zwar hohe Fallzahlen (ein wichtiger ökonomischer Faktor vor allem bei den niedergelassenen Ärzten), allerdings sind damit auch negative Effekte auf die Behandlungsqualität verbunden. So äußert sich die geringere Intensität der Kommunikation nachweislich in einer mangelhaften Qualität der Behandlung (Geisler, 2004). Dabei sind. Ärzte aller Fachrichtungen im Normalfall durchaus bereit den hohen Stellenwert eines qualifizierten Arzt-Patient-Gesprächs anzuerkennen. Die Klage über den budget-bedingten Zeitmangel im ärztlichen Alltag ist dabei allerdings das

häufigste „ja, aber“. Mit Blick auf den wahrgenommenen Zeitdruck greifen die Ärzte (und das ist ein durchaus menschliches Phänomen der Ökonomisierung des Handelns) zu einer – aus ihrer Sicht - Vereinfachung des Gesprächsablaufs und nutzen wohlbekanntes Schemata. Dies bedeutet, dass sie sich „der Einfachheit halber“ auf die medizinisch genau definierten Symptome, Diagnosen und der lege artis zu empfehlenden therapeutischen Möglichkeiten konzentrieren. Vor dem Hintergrund der zum Aspekt des Empowerment ausgeführten Überlegungen ist dieser (vermeintlich) kostensparende Effekt nur für die – dann kurze - Dauer des Gesprächs gültig aber mittel- und langfristig für die Patientenmotivation sogar kontraproduktiv. Es gilt zwischenzeitlich als erwiesen, dass sich eine ausreichende Zeitinvestition, vor allem im Erstgespräch durchaus (gerade auch ökonomisch betrachtet) "rechnet" und in der Essenz zeitsparend, zumindest aber zeitneutral ist. Eine patienten- bzw. bedürfnisgerechtere und damit gezieltere Behandlung wird dadurch möglich, wodurch zusätzliche notwendige (dann weniger einträgliche und das Budget belastende) Kurzkonsultationen entfallen, da diagnostische und therapeutische Umwege und Sackgassen vermieden werden können.

Merke:

✓ Zeitliches Investment beim Erstgespräch zahlt sich aus... und spricht sich herum.

Zusammenfassend sei gesagt, dass eine partnerschaftliche, vorbehaltlose Kommunikation im Arzt-Patienten-Gespräch zwar als sogenannte „soft skills“ zählen mögen, über den medizinischen Therapieerfolg entscheiden sie aber in ganz wesentlichem Maße mit. Kommunikation ist somit eine Investition, die sich insbesondere bei älteren Patienten sowohl für die Patienten aber auch für den behandelnden Arzt lohnt.

Literaturverzeichnis

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press, p 1-33.
- Baltes, M.M. (1996). Produktives Leben im Alter: Die vielen Gesichter des Alters, in: M.M. Baltes & L. Montada (Hrsg.) *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt: Campus: 393-408.
- Bergelt, C. & Härter, M. (2010) Partizipative Entscheidungsfindung. Shared Decision Making: Der Patient als Partner. *Best Practice Onkologie*, 5, S. 49-55.
- Coupland, N., Coupland, J. & Giles, H. (1991). *Language, society and the elderly: Discourse, identity and ageing*. Oxford: Cambridge Mass.
- Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte (DEAS). Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Fiehler, R. (2009). Die Generationen im Gespräch? Kommunikative Zugänglichkeit im Alter. In: G. Antos, M. Beetz, J. Dyck, W. Neuber, P. Oesterreich & G. Uedin (Hrsg.) *Rhetorik und Verständlichkeit*. Rhetorik Jahrbuch. Berlin: deGruyter, S. 34-45.
- Fiehler, R. (2003). Modelle zur Beschreibung und Erklärung altersspezifischer Kommunikation. In: R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.) *Sprache im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 38-56.
- Fiehler, R. (1997). Kommunikation im Alter und ihre sprachwissenschaftliche Analyse. Gibt es einen Kommunikationsstil des Alters? In: M. Selting & V. Sandig (Hrsg.): *Sprech- und Gesprächsstile*. Berlin/New York. S. 345-370.
- Geisler, L. (2004). *Das Arzt Patienten Gespräch als Instrument der Qualitätssicherung*. Vortrag vom 26. Juni 2004 anlässlich des 2. Kongresses "Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle der Patienten" in Düsseldorf.
- Geisler, L. (2002). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch*. Frankfurt/Main: pmi AG Verlag.
- Kuhlmeiy, A. (2006). Gesund Altern - Geht das? *GGW 1, 6 JG.*, S. 10.
- Lalouschek J. (2002). *Ärztliche Gesprächsausbildung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lehr, U. (2000). *Psychologie des Alterns*. 9. Auflage. Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Maier, S. (2003). Der Einfluss von Altersstereotypen auf sprachliche Instruktionen. In: R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.) *Sprache im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 195-213.
- Ryan, E. & Kwong See, S.T. (2003). Sprache, Kommunikation und Altern. In: R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.) *Sprache im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 57-71.
- Ryan, E, Giles, H, Bartolucci, G. & Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and communication* 6, pp. 1-24.
- Schulz von Thun (1989). *Miteinander reden 2, Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2001). Personale Ressourcen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Expertisen zum Dritten Altersbericht der Bundesregierung* (Bd. 1). Leske & Budrich: Opladen.

Weber, W. (2006). *Wege zum helfenden Gespräch*. München: Reinhardt.