

Schauspielpatienten sind auch "Sprachspiel"-Patienten: Vorschlag zur Modifikation eines didaktischen Modells

Proposal for a linguistic modification of the standardised patient didactic model

Abstract

By introducing the term "language game" (Wittgenstein), this paper tries to modify the didactic model of the standardized patient. Using the example of chronic neck pain syndrome, we try to show that the illness-associated "language game" has its own metaphorical dynamics. These metaphorical dynamics incorporate challenges and pitfalls for explorative, diagnostic, and therapeutic interventions. Historical predecessors of the language game concept, as well as recent critical remarks concerning language classifying and standardizing patients and their diseases by language markers, are discussed.

Keywords: clinical didactics, standardised patient, language game, metaphor, neck pain syndrome

Zusammenfassung

Der Artikel entwickelt einen Vorschlag für die sprachorientierte Modifikation der klinischen Didaktik mit Schauspielpatienten. Hierzu wird der Terminus „Sprachspiel“ (Wittgenstein) eingeführt. Es wird am Beispiel des chronifizierten HWS-Syndroms gezeigt, dass den mit Krankheit assoziierten Sprachspielen eine metaphorische Eigendynamik innewohnt. Letztere kann eine spezifische Herausforderung für explorative, diagnostische und therapeutische Interventionen beinhalten. Abschließend werden historische Parallelen dieses Sprachspiel-Konzepts sowie aktuelle Einwände gegen eine sprachliche Typisierung von Patienten und ihren Krankheiten zu Lehrzwecken diskutiert.

Schlüsselwörter: Medizindidaktik, Schauspielpatient, Sprachspiel, Metapher, HWS-Syndrom

Die Didaktik des Schauspiel-Patienten

Die Einführung von Schauspiel- oder Simulations- - Patienten in den klinischen Unterricht fand in den USA bereits in den 60er Jahren statt. Zunächst standen neurologische Untersuchungstechniken [1] oder standardisierte Situationen – daher auch „Standardpatient“ – wie Aufklärungsgespräch, Überbringen „schlechter“ Diagnosen im Vordergrund [2]. In der deutschen klinischen Ausbildung findet der Schauspiel-Patient inzwischen einen komplexen Einsatz [3], [4]. Schwerpunkte sind hier neben der Anamneseerhebung die Reflexion von Interaktionsabläufen bei wiederholbaren Patiententypologien (z. B. „fordernd“, „unterwürfig“) und in der studentischen Gruppenerfahrung aufgezeigten Interventionsstilen (z. B. „paternal“, „partnerschaftlich“).

Die Einsatzbegründung für dieses didaktische Format reicht von rein organisatorischen Aspekten der allfälligen Verfügbarkeit von Standardpatienten und Schonung von realen Patienten [5] bis zu spezifisch didaktischen Aspekten: „emotionales“ Lernen im geschützten Raum der Simulation [6], Feedback auf drei Ebenen (Patient, studentische peer group, Supervisor) [7], abrufbare Patiententypologien und Interaktionsstile in verlebendigter „Skriptform“ als Kondensate real stattgehabter Arzt – Patienten – Begegnungen [8]. Während bisherige Evaluationen studentische Akzeptanz und Lernerfolge hinsichtlich des Lernens im geschützten Raum und der drei Feedback - Ebenen bestätigen [9]], fällt für das „Skript“ – Konzept ein dreifaches Desiderat auf:

1. Typizität des Skripts : Evaluationen z. B. der Typizität der Rollenskripte von „standardisierten Eltern“ erkrankter Kinder zeigen unterschiedliche Akzeptanz und Hierarchisierung dieser Rollenskripte hinsichtlich

Martin Konitzer^{1,2}

Burkard Jäger³

Gerhard Schmid-Ott⁴

1 Medizinische Hochschule Hannover, Akademische Lehrpraxis, Hannover, Deutschland

2 Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover, Deutschland

3 Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover, Deutschland

4 Berolina-Klinik, Abteilung Psychosomatik, Löhne, Deutschland

ihrer Typizität [10] durch kinderärztliche Experten : mit deutlichem Abstand führt „fordernde Mutter“ eines Kindes mit „Fieber ohne eindeutigen Fokus“.

2. Erfassen des Bedeutungshofs einer Patiententypologie als sprachliches Muster : Seitens der Linguistik [11] wird Anspruch auf den primär sprachlichen Charakter des Skript – Konzeptes erhoben mit der weitergehenden Forderung, den Bedeutungshof lebenspraktisch gewonnener Erfahrungen bestimmter Patiententypologien authentisch zu sprachlichen Mustern so zu „formatieren“, dass diese Patienten auch z. B. zu Prüfungszwecken stabil einsetzbar sind.
3. Typisierung auch der ärztlichen Interaktionsstile: Obwohl es hierzu aktuelle und empirisch fundierte Systematiken gibt [12], [13], [14], ist eine Typisierung bislang unterblieben. Ein didaktischer Nutzen liegt auf der Hand, denn der im Unterricht mit Schauspiel – Patienten lernende Student erführe nicht nur über die drei Feedback – Ebenen (Schauspielpatient, peer group, Supervisor) etwas über die Angemessenheit seines Umgangs mit Patienten im Sinne einer individuellen Rückmeldung, sondern erführe etwas auch über die professionelle Tradition eines z. B. eher paternalen oder eher dialogischen Interaktionsstils.

Diese dreifache Forderung – verbindliche Typizität des Skripts, umfassendes Versprachlichungsmuster der Lebenspraxis eines standardisierten Patienten, typisierende Zuordnung auch des ärztlichen Interaktionsstils - geht parallel zum Konzept des „Sprachspiels“ in der kognitiven Linguistik [15].

In unserem Vorschlag möchten wir systematisch das „Sprachspiel“ [16], [17], [18] in die Didaktik der Arbeit mit Schauspiel-Patienten einführen. Dazu gehört :

- eine Klärung des Terminus „Sprachspiel“ und seines Eingangs in hiesiges medizinisches Denken
- ein Blick auf die Funktion von Metaphern bei Patienten und Ärzten
- eine Verdeutlichung unseres Vorschlags anhand des chronischen HWS-Syndroms

Abschließend werden einige praktische Stichworte zur didaktischen Umsetzung des Konzeptes und zur Stabilisierung wie auch Weiterentwicklung seiner Inhalte gegeben.

Krankheit als Sprachspiel

Ausgehend von Wittgensteins Maxime [16], dass Lebensformen sich in Sprachspielen manifestieren, hat die kognitive Linguistik [15] zeigen können, dass Krankheit und Krankheitserleben Lebensformen sind, die Sprachspiele erzeugen [17], [18]. Redewendungen, die im Zusammenhang bestimmter Krankheiten immer wieder zu hören sind, sind somit Sprachspiele. Der Sprachspiel – Begriff von Krankheit fand in zwei Phasen Eingang in die hiesige klinische Medizin.

Bereits in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts machte Lorenzer [18] den Vorschlag, psychoanalytische

Therapie als „Restitution eines zerstörten, zerrissenen Sprachspiels“ zu verstehen. Damit hat nach Lorenzer die Neurose als krankhafte Lebenspraxis auch ihren sprachlichen Ausdruck. Diese Lebenspraxis kann durch sprachliche Intervention geheilt werden : „Restitution eines zerstörten, zerrissenen Sprachspiels – eine Restitution, die in einem Zug die Wiederherstellung von Erkenntnis und Lebenspraxis ist.“ [18].

Buchholz und von Kleist [19] stellten 20 Jahre später Sequenzanalysen klinischer Therapiegespräche als sprachlich induzierte Heilung „gestörter Lebenspraxis“ vor. Zeitgleich entwickelte Kämmerer [20] einen völlig eigenständigen Ansatz von psychotherapeutischer Intervention als heilemdem Sprachspiel im weiten biologischen Horizont des terminus technicus einer „Putzrede“ - pfleglicher und reinigender elterlicher Rede und Zuwendung.

Jenseits dieser psychotherapeutischen Auffassung vom Sprachspiel machten nun auch neurologische [17] und allgemeinmedizinische [21] Autoren darauf aufmerksam, dass die sprachliche Repräsentation primär organisch bedingter Erkrankungen Sprachspielcharakter im Sinne der Typizität von Redewendungen auf der Patientenseite hat. Dieser unverwechselbare sprachliche Ausdruck wurde sowohl von Greenhalgh [21] wie auch von Schöndienst [17] zu differential-diagnostischen Zwecken herangezogen (DD Enteritis/meningitische Komplikation bei Säuglingen; DD Epilepsie/dissoziative Störung). Die Linguistik des Schauspiel – Patienten [11] setzt aktuell ebenfalls hohe Erwartungen in die diagnostische Marker – Funktion anamnestischer Details in der Exploration standardisierter Patienten.

Metaphern als Sprachspielemente bei Patienten

Im aktuellen neurolinguistischen Verständnis verknüpfen Metaphern [22] sensomotorische Erfahrungen mit subjektiven Urteilen : „happy is up“, Depression ist „down“. Diese einfache Verknüpfung ist eine primäre Metapher. Wird eine primäre Metapher („unten“ für „depressiv“) mit einer anderen primären Metapher („Herz“ für „Emotion“) verknüpft, so spricht man von einer sekundären Metapher : „das Herz wird mir schwer“. Wird eine solche Verknüpfung in kultureller Tradierung zum Konzept des „sinking heart syndromes“ – wie in einer Punjabi Ethnie Londons [23] – sprechen wir von einer komplexen Metapher.

Wesentlich für dieses moderne, auf Giambattista Vico zurückgehende Metaphernverständnis [24], [25] ist, dass der menschliche Körper selbst – über seine Lage im Raum, mittels seiner einzelnen Organe – Quelle der Metaphernproduktion ist.

Das zentrale Problem der Sprachspiele körperlicher Erkrankungen ergibt sich aus dieser generellen Qualität des menschlichen Körpers als Metaphernquelle. Manche Krankheitsorte(Kopf/Hals), Lageänderungen des Kranken (Verlust der senkrechten Orientierung) wie auch manche Krankheits- und Behandlungsformen – z.B. Bestrahlungen

bei Krebserkrankung [26]- beeinträchtigen die körperliche Quelle der Metaphernproduktion derart, dass die Patienten sich aus den biologisch- kulturellen Konventionen der Metaphernbegründung – der Beheimatung im Körper als Metaphernreservoir – herausfallen sehen.

Sowohl in ärztlicher Selbsterfahrung der Patientensituation einer Beinverletzung z. B. durch Oliver Sacks [27], wie auch in der Reflexion der „biologischen, anthropologischen, metaphorischen“ Bedeutung des „funktionellen Kopf – Halte – Syndroms“ jenseits aller diagnostischer Klassifikationsversuche durch Fritz Hartmann [28] wurde dieses Herausfallen aus dem Körper als Problem des Bereichs der primären Metapher – und damit verstärkter Kontrollanstrengungen des Patienten – auch bei vermeintlich banalen Erkrankungen des Bewegungsapparates schon früh erkannt und nachdrücklich thematisiert.

Fritz Hartmanns Reflexion enthielt auch schon ein kleines tabellarisches Repertoire von Metaphern des als exemplarisch „häufig“ eingestuften „Nacken-Schulter-Syndroms“.

Zur exemplarischen Typizität des chronischen HWS-Syndrom

Hohe Inzidenz des akuten Nackenschmerzes (zwei Drittel aller Menschen haben im Laufe ihres Lebens mindestens einmal Nackenschmerzen) , Chronifizierungstendenz insbesondere nach HWS - Schleudertrauma [29] und die bereits von Hartmann referierte sprichwörtliche „Hartnäckigkeit“ – selbstreferentieller Bezug zum metaphorischen Bedeutungshof des Beschwerdebildes – machen das HWS – Syndrom geeignet für typisierend – didaktische Überlegungen zum „Sprachspiel“ im klinischen Unterricht mit Schauspiel - Patienten.

Bezeichnenderweise beginnt denn auch ein aktueller Artikel zum Unterricht mit Schauspiel – Patienten in der Laienpresse folgendermassen : „Was führt Sie zu mir? So lautet die Frage des jungen Mannes am Tisch. > Ich habe ganz schreckliche Nackenschmerzen, so dass ich kaum noch arbeiten kann< , antwortet die schmale Frau, die ihm gegenüber sitzt und dabei mit leidendem Gesicht ihren Nacken streichelt.“ [30].

Folgt man nämlich der oben dargestellten Logik der Metaphernproduktion, so ist mit dem Kopf-Hals-Bereich der organische Ausgangsort der wichtigsten Kontroll- und Selbstbehauptungsmetaphern betroffen.

In der psychosomatischen Therapie von Patienten mit chronifizierten HWS – Syndromen wurden daher unsererseits mittels qualitativer Methodik der narrative based medicine [15], [22], [23], [31] Redewendungen von Patienten im Zusammenhang mit ihrem Krankheitserleben der Chronifizierung, ihres Kampfes mit der Symptomatik und der Hilflosigkeitserfahrung systematisch inventarisiert entsprechend anatomischer Lokalisation, primärer und komplexer Metaphorik (siehe Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Redewendungen „Kopf“ als Elemente eines Patienten – „Skripts“(empirisch) bei chronifiziertem HWS – Syndrom

Redewendung	Primäre Metapher	Komplexe Metapher
Kopf nicht frei kriegen	Fesselung	Autonomieverlust
Kopf in der Schlinge		
Sich um Kopf und Kragen reden	Entgrenzung	Kontrollverlust
Kopflös werden	Enthauptung	Kontrollverlust, Tod
Kopfscheu	Zurückweichen	Unsicherheit
Einen ganzen Kopf kleiner	Maß	Unterlegenheit
Einen Kopf kürzer machen	Enthauptung	Strafe, Tod
Auf Augenhöhe	Kontrolle des Gegenüber	Gleichberechtigung
Ohren steif	Aufrichten	Vigilanz

Tabelle 2: Redewendungen „Hals“ als Elemente eines Patienten – „Skripts“(empirisch) bei chronifiziertem HWS – Syndrom

Redewendung	Primäre Metapher	Komplexe Metapher
Hals über Kopf	Verlust der Senkrechten Sturz	Kontrollverlust
Am Hals haben	Beugung	Haften
An den Hals wünschen	Treffen eines Zieles (Projektion)	Böser Wunsch
Nackenschläge	Niederschlagen	Demütigung Unterwerfung
Faust im Nacken	Druck	Drohung
Im Nacken haben	Druck	Drohung
Nacken steif halten	Aufrichten	Vigilanz

Das Merkmal der Furcht vor Kontrollverlust, das Unterlegenheitsgefühl, das Empfinden einer Drohung kommen als überindividuelles „Skript“ deutlich zum Ausdruck. Jede ärztliche Exploration und Intervention hat im Falle des chronifizierten Kopf-Hals-Syndroms mit dieser metaphorischen Eigendynamik zu rechnen.

Angemessene ärztliche Explorations und Interventionen sollten daher diese metaphorische Eigendynamik berücksichtigen und sie zu lösen versuchen anstatt durch Bestätigung der Kontrollfurcht zu ihrer Verfestigung beizutragen.

Daher verlassen wir hier den Metaphernhof des HWS-Syndroms und wenden uns der Systematik ärztlicher Interventionen zu, ihrer bereits bestehenden Passung oder möglichen Modifikation zum angemessenen Umgang mit dem patientenseitigen Sprachspiel und der didaktischen Umsetzbarkeit einer solchen Modifikation.

Repertoire ärztlicher Standardinterventionen und ihr metaphorischer Charakter

Abgesehen von kritisch - generalisierenden Darstellungen ärztlicher Interventionen als eines „vermachtenden Codes“ sensu Foucault [32] gibt es systematisch zwei detaillierte Ansätze zur standardisierenden Darstellung:

- Hinsichtlich der grundsätzlichen Bedeutung des menschlichen Körpers als Metaphernquelle konnten Gülich [13] und Borgers [12] zeigen, dass Ärzte – genauso wie Patienten im Krankheitserleben – in ihren Beratungs- und Aufklärungsgesprächen aus dieser Metaphernquelle schöpfen.
- Im Zusammenhang unserer Fragestellung wichtiger ist die Frage nach ärztlichen Interaktionsmetaphern. Zur Systematisierung ärztlicher Interaktionsmetaphern haben Schachtner [14] und – sehr reduktionistisch – Donner-Banzhoff [33] und Asher [34] beigetragen.

Aus systematischen Gründen sei zunächst kurz auf die anatomische Metaphernquelle, die uns weiter oben im Zusammenhang mit dem Krankheitserleben von Patienten mit einem chronifizierten HWS – Syndrom beschäftigte, bei Ärzten eingegangen.

Gülich [13] beschreibt in der Analyse von kardiologischen Aufklärungsgesprächen das zentrale sprachliche Mittel der Personifikation von Körper- und Körperteilen. Borgers [12] beschreibt mit ganz ähnlichem Ergebnis hausärztliche Beratungs- und Aufklärungsgespräche. Hierbei werden Körperfunktionen und Körperteile personifiziert oder auch als mechanische Einzelteile einer Maschine personifiziert. Personifizierung metaphorisiert auch sensu Vico [24], [25] und Lakoff/Johnson [22] mittels Bezugnahme auf den menschlichen Körper, indem Einzelteile und Einzelfunktionen als Gesamtkörper mit eigener Intentionalität aufgefasst werden.

Wichtiger für unsere Thematik sind die Konzepte ärztlicher Intervention, wie sie Schachtner [14] standardisierend in 8 Metaphern aufgrund ihrer qualitativen Interaktionsstudien hausärztlicher Sprechstundenstile beschreibt: „Retter“, „Struktur“, „Prozess“, „Beziehung“, „Gleichgewicht“, „Teil-Ganzes“, „Kontrolle“, „Entdecker“.

Diese 8 Metaphern lassen sich vereinfachend in zwei Gruppen unterteilen: eine kontrollorientierte Metaphern-Gruppe („Retter, Struktur, Kontrolle, Entdecker“) und eine prozessual orientierte Metaphern-Gruppe („Prozess, Beziehung, Gleichgewicht, Teil-Ganzes“).

In weiterer Reduktion dieser Systematik im Sinne einer metaphorischen Polarisierung beschreibt Donner-Banzhoff [33] in Fortführung eines englischen hausärztlichen Ansatzes [34] lediglich den „Zauberer“ und den „Nüchternen“. Der „Zauberer“ ist bei aller empathischen Zuwendung und Interaktionsdichte im Modus der Kontrolle, der „Nüchterne“ bei aller Distanz im Modus der prozessualen Orientierung.

Analog zur tabellarischen Systematisierung der aus dem Krankheitserleben des chronifizierten HWS – Syndroms bei den Patienten entstandenen Metaphern konnten wir auch von den Patienten als besonders problematisch erlebte ärztliche Interventionen aus dem Verlauf ihrer Krankengeschichten exemplarisch auf jeweils 2 Formen explorativer Eröffnung, 2 Formen von kommentierter Befunderhebung und 2 Formen von Befund - Interpretation reduzieren und standardisieren mittels der bereits genutzten Systematik qualitativer Forschung [15], [22], [23], [31] (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: von Patienten problematisierte ärztliche Standardinterventionen (empirisch) beim chronischen HWS – Syndrom („Skript“ im Kontrollmodus)

Explorative Eröffnung	1	„Gut, dass Sie gekommen sind.“ (prophetisch-dramatisierend) RETTER
	2	„Da muss jetzt endlich mal was passieren.“ (erhebliches Behandlungsversprechen) RETTER, STRUKTUR
Befunderhebung	3	„Jetzt werden wir uns das mal gründlich anschauen.“ (Vorbehandler inkompetent) RETTER, ENTDECKER, KONTROLLE
	4	„Ja ich sehe da was (Rötung, Schatten, Belag, Verengung etc.). Das müssen wir mal gründlich anschauen.“ (Hinweis auf kausal-somatischen Befund) ENTDECKER, STRUKTUR, KONTROLLE
Interpretation	5	„Das sind die Zähne.“ Oder „Das sind die Wechseljahre.“ (vermeintlich somatische Ursache) ENTDECKER
	6	„Das ist doch klar, wenn die Beschwerden erst einmal ein Jahr bestehen und nicht wirksam behandelt werden, haben sich diese ins Schmerzgedächtnis eingebrannt.“ (metaphorische Festschreibung der Beschwerden) STRUKTUR

Diese problematischen Standardinterventionen zeigen sämtlich Merkmale des kontrollierenden Modus, wobei unsererseits ein Zuordnungsversuch zu den Kontrollmetaphern nach Schachtner [14] versucht wurde (siehe Tabelle 3). Die allzu reduktionistische polare Systematik nach Donner-Banzhoff [33] und Jones/Asher [34] ist hierfür weniger geeignet. Allerdings bleibt diese polare Systematik didaktisch wertvoll unter dem Aspekt studentischer Selbsterfahrung - wie in unseren didaktisch – praktischen Stichworten abschließend dargelegt wird. Überindividuelles Merkmal dieses Repertoires aus Kontrollmetaphern („Retter“, „Entdecker“, Festschreiber vermeintlich ursächlicher „Struktur“) im Sinne eines „Skripts“ ist seine Unangemessenheit gegenüber der Metaphorik des Krankheitsbildes, dem „Skript“ der Patienten aus den Tabellen 1 und 2. Die sich in der Metaphorik des Krankheitserlebens ausdrückende Furcht vor Kontrollverlust, das Empfinden von Unterlegenheit, die Bedrohungserfahrung finden in der Konfrontation mit den „gutgemeinten“ Kontrollmetaphern der problematischen Standardinterventionen sicher eine negative Verstärkung.

Modifikation von Standardinterventionen, didaktische Umsetzbarkeit

Bereits in der traditionellen Coping-Literatur [35] erwiesen sich lediglich solche Interventionsformen als erfolgversprechend, die den betroffenen Patienten eine entängstigende Außenansicht auf die verbliebenen Freiheitsgrade innerhalb ihres Krankheitserlebens ermöglichen. In unserer Systematik bedeutet dies eine Modifikation der kontrollorientierten Interventionen hin zu einem prozessualen Verständnis entsprechend den 4 prozessualen Interventionsmetaphern nach Schachtner [14]. Die in Tabelle 4 aufgeführten Interventionsformen zeigen eine wünschenswerte Modifikation hinsichtlich einer Ausrichtung auf die Kategorien: Prozess, Teil-Ganzes, Gleichgewicht und Beziehung [14] und wurden unserer-

seits mit dieser Absicht so konstruiert (Tabelle 4). Im Gegensatz zu den Inhalten der übrigen Tabellen ist Tabelle 4 somit nicht empirisch gewonnen.

Tabelle 4: Modifizierte ärztliche Interventionen beim chronifizierten HWS – Syndrom (Konstrukt der Autoren für ein „Skript“ im prozessualen Modus)

<ul style="list-style-type: none"> • „Woran merkt oder sieht man von außen, dass Sie diese Beeinträchtigungen haben?“ (Außenwahrnehmung) BEZIEHUNG • „Was machen Sie wegen der Beschwerden jetzt nicht mehr? Was geht nicht mehr? Wann haben Sie zuletzt darauf verzichtet? Auf was haben Sie in den letzten 14 Tagen verzichtet?“ (Bilanzierung) TEIL - GANZES • „Was ist das Schlimmste an Ihrem jetzigen Beschwerden?“ (Hierarchie der Beschwerden) TEIL - GANZES • „Es scheint wohl so zu sein, dass Sie vielleicht tapferer sein müssen als andere und es Ihnen insgesamt schwerer gemacht wird, zufrieden zu leben.“ (Zukunftsorientierung, andere Menschen) PROZESS, BEZIEHUNG • „Was geht denn mit den Beschwerden noch, was Ihnen Spaß macht?“ (Bilanzierung) TEIL - GANZES, GLEICHGEWICHT, PROZESS • „Wenn Sie jetzt entlassen würden/gesagt bekämen, dass die Beschwerden wohl nicht schlimmer werden, aber vielleicht auch in absehbarer Zeit nicht besser werden. Wäre das für Sie eine unerträgliche Nachricht oder trauen Sie sich das zu?“ (Herausforderung) PROZESS • Vielleicht werden Sie noch auf absehbare Zeit mit den Beschwerden, so wie sie jetzt sind, leben müssen.“ (geringere Krankheitsfolgen zumutbar) PROZESS, GLEICHGEWICHT

Möglicherweise machen Studenten im Unterricht mit Schauspiel - Patienten erstmals die Erfahrung, selbst interaktiv zu einem unpassend kontrollierenden Interventionsstil zu neigen.

Hierbei sollte aber nicht eine bloße Unerwünschtheit dieses Interventionsstiles mit pädagogisierendem Zeigefinger thematisiert werden. Vielmehr kann aus der Materialität der Sprachspielerfahrung die Unangemessenheit einer Interventionsform und die „Passung“ einer anderen Interventionsform ohne Beschämungseffekte erfahrbar werden. Hierzu dient auch die Zuordnung der konkreten Interaktionserfahrung in die oben vorgeschlagene Typologie ärztlicher Interaktionsstile.

Übrigens verfolgte der Student aus dem Artikel in der Laienpresse [30] spontan einen prozessualen Interaktionsstil, der keiner Modifikation bedürfte, sondern gut in Tabelle 4 passen würde: „Nach wenigen Minuten und einigen weiteren Fragen, die die Situation und das Befinden der Dame präzisieren, findet ihr Gegenüber die aufbauenden Worte >Zur akuten Schmerzbekämpfung verschreibe ich Ihnen gerne schmerzlindernde Massagen, aber wir brauchen danach auch eine langfristige Lösung für Ihr Problem.< “

Diskussion

Nicht nur die Debatte um Krankheit als „Sprachspiel“, sondern auch um die sprachliche Standardisierung von Krankheitstypologien ist weitaus älter als in aktueller Literatur zitiert. Hier sei an Viktor v. Weizsäcker erinnert und seine Bemühungen um den Zusammenhang von „Redewendungen“ und Krankheiten.

So betont v. Weizsäcker in der „Krankengeschichte“ [36]: „Sein (des Kranken, die Autoren) Individuelles, Eigentümliches, Differenziertes ist zuletzt doch immer ein viel Typischeres, Gesetzlicheres als wir glauben möchten. Gerade seine Züge, seine Beschaffenheit, das Datum und die ganze Kausalität an ihm ist belanglos.“. Später wird v.

Weizsäcker [37] von „Redewendungen“ als dokumentierten Mustern sprachlicher Veranschaulichung dieser Typizität sprechen. Diese Reduktion von Patientensubjektivität zu sprachlich manifesten Mustern des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung ist aktuell nicht unwidersprochen geblieben.

Unter dem Anspruch einer vermeintlichen Wahrung der Patientensubjektivität gegenüber einer unterstellten „Vermachtung“ in einem nunmehr sprachlichen – nicht mehr traditionell-naturwissenschaftlichen – ärztlichen „Modell“ wurde seitens des „Zentrums für Subjektivitätsforschung“ in Kopenhagen [38] Stellung bezogen in der bereits angeführten pauschal-kritischen Tradition von Foucault [32].

Wir meinen aber diesen Vermachtungsvorwurf mit guten Gründen zurückweisen zu können. Denn in letzter Konsequenz müssten dann auch alle Lehrbücher suspekt werden. Diese sind auch versprachlichte Standardisierung von Krankheitsgeschehen, allerdings ohne den Vorteil der interaktiven Reaktivierung all der zwischenmenschlichen Unwägbarkeiten, die Schauspiel-Patient und Arbeit mit dem Sprachspiel im klinischen Unterricht ermöglichen. Generelle Kritik am Schauspiel-Unterricht gibt es weiterhin in Form des Missverständnisses, der didaktische Einsatz von Schauspielpatienten gründe im Mangel an „richtigen“ Patienten bzw. in bewusster Vorenthaltung notwendiger allgemeinmedizinischer Praxiserfahrung aus universitärem Kalkül oder Dünkel [39].

Eher bedenkenswert ist die Kritik des britischen Geriatriers Tallis [40], die Didaktik des Schauspiel-Patienten verführe zu einem Schauspiel-Unterricht, in dem in narzisstischer Verkennung des professionellen Auftrags Performance – Qualitäten zuungunsten ärztlicher Selbsterfahrung vordergründige Förderung fänden. Letzterem gilt es sicher zu wehren : gerade die unsererseits vorgeschlagene Sprachspiel – Modifikation der Unterrichts mit Schauspiel-Patienten erscheint uns aufgrund ihrer empirisch – materiellen Orientierung auf Patienten- und Arzt-Typizität, somit „Durchschnittlichkeit“, auch als Schutz vor etwaigen narzisstisch – performativen Entgleisungen.

Didaktisch – praktische Stichworte zur Umsetzung des Vorschlags

Aus dem Versuch der klärenden Darlegung der drei Desiderate des „Skript“ – Konzepts (Typizität und Bedeutungshof der Patientenrolle, Typisierung ärztlicher Interventionsstile) und der abschließenden Diskussion ergeben sich didaktisch – praktische Folgerungen.

Diese betreffen die Stabilität des Unterrichtskonzeptes unter der Bedingung des Dozentenwechsels im heutigen modularen Lehrbetrieb wie auch das Fördern von Innovation in Form studentischer Selbsterfahrung und sprachlicher Spuren, die Kursteilnehmer in zeitlicher Folge in den Skriptpools hinterlassen können.

Die Stabilität des Unterrichtskonzeptes sollte auch bei allfälligem Dozentenwechsel gewahrt bleiben durch die Typizität der Patientenrolle, die in den Tabellen 1 , 2 und

3 als verknapptes sprachliches Skript ihren Niederschlag gefunden hat und durch die Schauspielpatienten invariant in der zeitlichen Kursfolge verkörpert und aktualisiert werden sollte.

Die Innovation fördernde Didaktik hat wesentlich zwei Elemente : Innovation als individuelle studentische Selbsterfahrung des je eigenen Interventionsstiles im aktuellen Kursgeschehen und kollektive Innovation im Skriptpool möglicher adäquater ärztlicher Interventionen (siehe Tabelle 4) in zeitlicher Folge durch Teilnehmer mehrerer Kurse.

Hinsichtlich der individuellen studentischen Selbsterfahrung ist das Feedback auf drei Ebenen (Peerfeedback, Dozentenfeedback, Schauspielpatientenfeedback) mittels der Einschätzung auf einer polaren Skala zwischen den Polen „Zauberer“ und „Skeptiker“ (Donner-Banzhoff [33], Jones/Ash [34]) bzw. „Kontrolle“ versus „dialogisch – prozessuale Orientierung“ hilfreich. Inwieweit hier über die primäre Selbsterfahrung und kritische Selbstreflexion des Interventionsstiles hinaus „Veränderungsmessungen“ (vgl. Jenaer Modell [9]) bei der relativen zeitlichen Begrenztheit eines solchen Kursgeschehens valide Aussagen erlauben, sollte weiter erforscht werden. Die neue Erfahrung besteht zunächst im Feedback und der Reflexion des interventionellen Temperaments selbst.

Kollektive Innovationen im Skriptpool möglicher adäquater ärztlicher Interventionen entwickeln sich im Ablauf mehrerer Kurse als sprachliche Spuren, die ein Kollektiv von Studenten in zeitlicher Folge in den Skriptpool von Tabelle 4 einbringt. Hier können mit der Zeit aus dem Gruppengeschehen heraus Sammlungen von Interventionsvorschlägen dokumentiert werden, so dass sequenziell – analog zu anderen Ausbildungsprozessen, z B dem früheren allgemeinmedizinischen 240h Weiterbildungskurs [41] – eine Art von „Gruppenarrativ“ entstünde. Voraussetzung hierfür ist bei wechselnden Dozenten die Führung eines Logbuches, das die aus dem jeweiligen Kurs gewonnenen Interventionsvorschläge dokumentiert. Die skizzierten, den Kursgehalt stabilisierenden sowie bei den Teilnehmern individuell und kollektiv Innovation ermöglichenden didaktischen Momente dienen zur Transformation eines Konzeptes aus der kurzfristigen Umsetzung eines Vorschlages in eine feste Unterrichtstradition unter den Bedingungen der aktuellen Lehre.

Schlussfolgerungen

Die sprachliche Modifikation der Schauspiel-Patient-Didaktik ermöglicht:

- Markierung krankheitstypischer Sprachspiele und deren Typisierung
- Selbsterfahrung ärztlicher Interaktionsstile und deren Typisierung
- Aufzeigen kommunikativer Fallgruben

Praxis- und Forschungsperspektive:

- interdisziplinäre Arbeit mit Linguisten : Skriptpools von Patiententypologien und ärztlichen Interaktionsstilen

- Hierarchisierung von Skript – Typizitäten (typisch, weniger typisch) als stabiles didaktisches Moment, Modifikation ärztlicher Standardinterventionen als innovatives Moment.

Anmerkung

Für Herrn Kollegen Dr. Wolfgang Kämmerer, CA em. der Psychosomatik des Henriettenstiftes Hannover, in freundschaftlicher Verbundenheit.

Literatur

1. Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ.* 1964;39:802-805.
2. Werner A, Schneider JM. Teaching medical students interactional skills: A research-based course in the doctor-patient-relationship. *N Engl J Med.* 1974;290:1232-1237.
3. Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer Th, Scherer M, Stanske B, Kochen MM. Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch Ärztebl.* 2007;104(13):A847-A852.
4. Schmidt L. *Mediziner Ausbildung: Simulanten hinter Spiegelglas.* Frankfurt: Frankfurter Allgemeine Zeitung; 2008.
5. Frey P. Ärztliche Kompetenzen zuverlässig prüfen – OSCE – Prüfungen im Medizin – Studium. *Beitr Lehrerbild.* 2007;25(1):73–79.
6. Lauber H, Schönemann J. Feedbacktraining von Simulationspatienten. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung - GMA. Hannover, 16.-18.11.2007. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2007. Doc07gma115. Zugänglich unter: <http://www.egms.de/en/meetings/gma2007/07gma115.shtml>
7. Schultz JH, Schönemann J, Lauber H, Nikendei C, Herzog W, Jünger J. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi – KIT) : Bedarfsanalyse – Training – Perspektiven. *Gruppendyn Organisationsberat.* 2007;38(1):7-23.
8. Schönemann J, Lauber H. Vom Laienschauspieler zum Simulationspatienten : Das Training von Standardisierten Patienten. Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung - GMA. Hannover, 16.-18.11.2007. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2007. Doc07gma114. Zugänglich unter: <http://www.egms.de/en/meetings/gma2007/07gma114.shtml>
9. Brenk-Franz K, Kubieziel H, Schulz S, Gensichen J. Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen Lehre. *Z Allg Med.* 2010;86(4):152–158.
10. Schultz JH, Hoffman K, Lauber H, Schönemann J, Conrad C, Kraus B, Bosse HM, Huwendiek S, Hoffmann GF, Herzog W, Jünger J, Nikendei C. Einsatz von „Standardisierten Eltern“ : Authentizität und Qualität des Feedbacks. *GMS Z Med Ausbild.* 2007;24(1):Doc72. Zugänglich unter: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2007-24/zma000366.shtml>
11. Koerfer A, Köhle K, Obliers R, Sonntag B, Thomas W, Albus C. Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung. *Gesprächsforsch.* 2008;9:34–78. Zugänglich unter: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2008/ag-koerfer.pdf>
12. Borgers D. Die Autoreparatur – Metapher : Allgemeinmedizin als einfache und komplexe Mechanik. *Z Allg Med.* 2002;78:181–183.

13. Gülich E. Conversational techniques used in transferring knowledge between medical experts and non-experts. *Discourse stud.* 2003;5(2):235–263
14. Schachtner C. *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher.* Frankf./M.: Suhrkamp; 1999.
15. Streeck J. Sprachanalyse als empirische Geisteswissenschaft. In: Flick U, von Kardorff E, Keupp H (Hrsg). *Handbuch Qualitative Sozialforschung.* 2. Aufl. Weinheim: Beltz; 1995.
16. Wittgenstein L. Philosophische Untersuchungen. In: Werkausgabe Bd I 12. Aufl. Frankf./M.: Suhrkamp; 1953/1999.
17. Schöndienst M. Zur Differentialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen – Apparative vs kommunikative Möglichkeiten der Diagnostik. *Akt Neuro.* 2001;28(1):533-536.
18. Lorenzer A. Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. 4. Aufl. Frankf./M.: Suhrkamp; 1995.
19. Buchholz MB, v Kleist C. Szenarien des Kontakts. Eine metaphernanalytische Untersuchung stationärer Psychotherapie. Giessen : Psychosozial Verlag; 1997.
20. Kämmerer W. Der Psychosomatische Dialog. In : Kämmerer W (Hrsg). *Körpersymptom und Psychotherapie. Zum Umgang mit dem Symptom – Theorie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokalthherapie.* 2. Aufl.; Frankf./M: VAS; 1999. S.161-203.
21. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. In: Greenhalgh T, Hurwitz B (Hrsg). *Narrative based medicine.* London: BMJ Books; 1999.
22. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the Flesh. The embodied mind and its challenge to western world.* New York : Basic Books; 1999.
23. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine.* London: BMJ Books; 1999.
24. Albus V. *Weltbild und Metapher. Untersuchungen zur Philosophie im 18. Jahrhundert.* Würzburg : Königshausen und Neumann; 2001.
25. Konitzer M. Giambattista Vico's open agenda of modernity. *Semiotica.* 2005;157(¼):571-575.
26. Verres R, Klusmann D. *Strahlentherapie im Erleben der Patienten.* Heidelberg: Barth; 1998.
27. Sacks O. *Der Tag, an dem mein Bein fortging.* 16. Aufl. Reinbek b Hamburg: Rowohlt; 1991.
28. Hartmann F. Diagnose heute. Die Vielfalt des Begriffs Rheuma als Beispiel. Zum hundertsten Geburtstag von Richard Koch. In: Preiser G (Hrsg). *Richard Koch und die ärztliche Diagnose.* Hildesheim: Olms Weidmann; 1998.
29. Rebhandl E, Rabady S, Mader F. *Evidence based Medicine – Guidelines für Allgemeinmedizin.* 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007.
30. Schmidt L. *Ärzte sind keine reinen Körpertechniker.* Frankfurt/M: Frankfurter Allgemeine Zeitung; 2007.
31. Mayring PH. *Qualitative Inhaltsanalyse.* Weinheim: Deutscher Studienverlag; 1997.
32. Menz F. *Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation.* Frankf./M.: Peter Lang Verlag; 1991.
33. Donner-Banzhoff N. Eine kleine ärztliche „Typenlehre“ oder : Das Paradoxon des Doktor Asher. *Z Allg Med.* 2003;79:10-13.
34. Jones FA, Asher R. *Talking Sense.* London: Pitman Medical; 1979.
35. Lipowski ZJ. Physical Illness, the individual and the coping process. *Psychiat Med.* 1970;1:91-102.
36. v Weizsäcker V. Krankengeschichte. In: v Weizsäcker V (Hrsg). *Gesammelte Schriften 5.* Frankf./M.: Suhrkamp; 1928/1987.
37. v Weizsäcker V. Trauma, Traum und Krankheit (Asthma bronchiale). In: v Weizsäcker V (Hrsg). *Gesammelte Schriften 9.* Frankf./M.: Suhrkamp; 1946/1988.
38. Zahavi D. *Das Zentrum für Subjektivität in Kopenhagen. Kongressbeitrag „Der Mensch als Subjekt in Forschung und Praxis der Medizin“.* Graz: Medizinische Universität Graz; 2005.
39. Massing HA. *Liebe Leser: Wo geht solche Saat auf? Bremer Studie offenbart Abgründe bei Universitätskliniken.* München: Der Hausarzt; 2008. Zugänglich unter: <http://www.hausarzt-online.de/ha/archiv/2008/17/index.php>
40. Tallis R. *Hippocratic Oaths. Medicine and its discontents.* London: Atlantic Books; 2004.
41. Konitzer M, Döring T, Fischer GC. Metapher und Narrativ als Instrumente allgemeinmedizinischer Identitätsbildung? Eine qualitative Studie aus dem 240-Stunden-Kurs. *Z Arztl Fortbild Qual Sich.* 2003;97:503-509.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Martin Konitzer
 Medizinische Hochschule Hannover, Akademische
 Lehrpraxis, Ferdinand-Wallbrecht-Straße 6-8, 30163
 Hannover, Deutschland, Tel.: 0511/22-82355, Fax:
 0511/22-82357
 m-konitzer@t-online.de

Bitte zitieren als

Konitzer M, Jäger B, Schmid-Ott G. Schauspielpatienten sind auch "Sprachspiel"-Patienten: Vorschlag zur Modifikation eines didaktischen Modells. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(4):Doc55.
 DOI: 10.3205/zma000692, URN: urn:nbn:de:0183-zma0006928

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2010-27/zma000692.shtml>

Eingereicht: 17.08.2009

Überarbeitet: 04.07.2010

Angenommen: 06.07.2010

Veröffentlicht: 16.08.2010

Copyright

©2010 Konitzer et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.