

## **Psychosoziale Anforderungen an die Therapie mit HNO-Tumor-Patient/innen. Praxiserfahrungen, kommunikative Kompetenzen und Weiterbildungsbedarf von onkologisch tätigen Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen**

*Peter Ullrich, Dorit Wollbrück, Helge Danker, Susanne Kuhnt,  
Elmar Brähler & Susanne Singer*

### **Keywords:**

Logopädie;  
psychosoziale  
Onkologie; HNO-  
Tumoren;  
Fortbildung;  
Weiterbildung;  
psychische  
Belastung;  
Kommunikation;  
Gesprächsführung

**Zusammenfassung:** Angesichts hoher Belastungen und unzureichender psychosozialer Betreuung von onkologischen Patient/innen im HNO-Bereich sind Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen mit speziellen Anforderungen konfrontiert, die über ihr engeres Berufsfeld hinausgehen. Um ihre Problemwahrnehmungen und Fähigkeiten im Umgang damit sowie einen möglichen Weiterbildungsbedarf zu ermitteln, wurden in einem mehrperspektivischen *Mixed-Methods*-Zugang folgende Aspekte untersucht: 1. Erfahrungen und Problemfelder der Arbeit mit psychisch belasteten onkologischen HNO-Patient/innen aus Sicht von Logopäd/innen; 2. Selbsteinschätzung der Stärken und Schwächen der Logopäd/innen im Umgang mit Patient/innen und deren Angehörigen; 3. Erfahrungen von Supervisor/innen von onkologisch tätigen Logopäd/innen und 4. Kommunikationskompetenz von Logopäd/innen in emotionalen Gesprächssituationen. Es zeigte sich ein hohes Bewusstsein der Therapeut/innen für die psychische Belastung der Patient/innen. Übereinstimmend wurde von einem sehr hohen psychosozialen Beratungsbedarf und großen Gesprächsanteilen in der logopädischen Therapie berichtet. Diese Sondersituation führte zu Abgrenzungsschwierigkeiten, Überforderungsgefühlen und belastenden Situationen. Das psychoonkologische Wissen und die Gesprächsführungskompetenzen waren bei vielen für diese Anforderungen nicht hinreichend; es besteht dringender Weiterbildungsbedarf.

### **Inhaltsverzeichnis**

- [1. Hintergrund und Fragestellung](#)
- [2. Methode](#)
- [3. Ergebnisse](#)
  - [3.1 Problemfelder der Arbeit mit onkologischen Patient/innen aus Logopäd/innensicht](#)
  - [3.2 Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen im Umgang mit Patient/innen und Angehörigen](#)
  - [3.3 Einschätzungen der Supervisor/innen](#)
  - [3.4 Kommunikative Kompetenzen](#)
- [4. Logopädische Therapie zwischen Anforderung und Überforderung – eine Problematrix](#)
- [5. Diskussion und Schlussfolgerungen](#)
- [6. Probleme und Grenzen der Untersuchung](#)
- [Danksagung](#)
- [Anhang 1: Demografie](#)
- [Anhang 2: Kategoriensystem](#)
- [Literatur](#)
- [Zu den Autorinnen und Autoren](#)
- [Zitation](#)

## 1. Hintergrund und Fragestellung

Patient/innen mit Tumorerkrankungen im Kopf-Hals-Bereich sind neben ihren körperlichen Einschränkungen häufig zusätzlich stark psychisch belastet. Dies konnte in zahlreichen Studien veranschaulicht werden (u.a. VAN'T SPIJKER, TRIJSBURG & DUIVENVOORDEN 1997; MASSIE 2004; ARCHER, HUTCHINSON & KORSZUN 2008). Verglichen mit anderen Tumorpatient/innen sind in dieser Gruppe vermehrt psychische Begleiterkrankungen festzustellen. In einer Studie bei Tumorpatient/innen im Akutkrankenhaus wurde bei 41,3% der HNO-Patient/innen eine psychische Belastung im Sinne einer Erkrankung diagnostiziert (SINGER et al. 2007). In einer Untersuchung von 308 Larynxkarzinompatient/innen<sup>1</sup>, deren Tumordiagnose schon länger zurückdatierte, lag die psychische Komorbidität bei 19,8% (SINGER et al. 2008). [1]

Der hohen psychischen Belastung steht eine sehr geringe Inanspruchnahme professioneller psychoonkologischer Betreuung gegenüber. In der untersuchten Gruppe der Patient/innen mit Kehlkopfkrebs war nur 1% in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung. Daher besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Belastung und tatsächlicher Nutzung von Betreuungsangeboten, sodass von einer starken psychoonkologisch-psychosozialen Unterversorgung von HNO-Tumorpatient/innen gesprochen werden kann. [2]

Stattdessen scheint nach Ansicht vieler Expert/innen die psychosoziale Betreuung häufig im Rahmen logopädischer Behandlungen mitzuerfolgen. Die vielfach intensive logopädische Therapie beginnt meist direkt im Anschluss an die Primärbehandlung. Sie erhält oft den Charakter einer psychosomatischen Grundversorgung, ohne dass die Sprechtherapeut/innen von ihrer Grundausbildung her für diese herausfordernde Aufgabe ausreichend qualifiziert sein dürften. Darüber hinaus verfügen Logopäd/innen meist nicht über geregelte Supervisionen bzw. Interventionen zur Bewältigung der berufsbezogenen Belastungen. [3]

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Besonderheit der Arbeitssituation onkologisch tätiger Logopäd/innen näher betrachtet. Dabei sollte in einer behandler/innenzentrierten Untersuchung ihre Wahrnehmung belastender Situationen und ihr Umgang mit ihnen herausgearbeitet werden. Dazu wurden verschiedene Methoden und Perspektiven miteinander kombiniert. [4]

Folgende Fragestellungen sollen im Rahmen dieses Beitrags (Abschnitt 3) beantwortet werden:

1. Welche Erfahrungen haben Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen in der Arbeit mit HNO-Tumorpatient/innen gesammelt? Welche Schwierigkeiten und Probleme sehen sie in diesem Arbeitsbereich?
2. Wie schätzen sie selbst ihre Fähigkeiten ein, diese Anforderungen zu bewältigen?

---

1 Patient/innen mit einer Tumorerkrankung des Kehlkopfs.

3. Welche Erfahrungen und Probleme berichten externe Supervisor/innen von onkologisch tätigen Logopäd/innen?
4. Über welche psychosozialen und insbesondere Kommunikationsfähigkeiten verfügen Logopäd/innen? [5]

Die abschließenden Überlegungen am Ende des Beitrags widmen sich v.a. der Frage, ob und für welche Bereiche aus den Ergebnissen ein psychosozialer Weiterbildungsbedarf abgeleitet werden kann. [6]

## 2. Methode

Zur Ermittlung eines möglichst umfassenden Bildes wurden verschiedene Zugänge – sowohl hinsichtlich der methodischen Herangehensweise als auch hinsichtlich der Informant/innen – miteinander kombiniert. Im Zentrum stand der Gedanke, Selbst- und Fremdeinschätzungen zu verbinden. [7]

Die wichtigste Datenquelle bildeten 33 schriftliche Befragungen von Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen, die onkologische Patient/innen versorgen. Das Sample bestand ausschließlich aus angemeldeten Interessent/innen für eine psychosoziale Weiterbildung. Die Gewinnung der Teilnehmer/innen erfolgte durch Flugblätter, die in HNO-Kliniken, Reha-Kliniken, onkologisch tätigen Praxen und auf Kongressen verteilt wurden sowie durch Fachzeitschriftenartikel (WOLLBRÜCK & DANKER 2006). Sie wurden zum Zeitpunkt der Anmeldung und direkt vor Kursbeginn schriftlich zu ihrer Tätigkeit mit onkologischen Patient/innen und ihren Kompetenzen befragt (zur Demografie vgl. [Anhang 1](#)). [8]

Die Fragebögen enthielten offene Fragen zu den Einschätzungen von Problemfeldern der logopädischen Arbeit mit HNO-Tumor-Patient/innen<sup>2</sup> und den Selbsteinschätzungen ihrer Fähigkeiten<sup>3</sup>. Diese wurden von 27 Personen zum Anmeldezeitpunkt im Anmeldebogen beantwortet, dann transkribiert und mithilfe des Programms MAXQDA inhaltsanalytisch kodiert. Zur Vermeidung einer theoretischen Überdetermination des Materials und zum Erreichen größtmöglicher Offenheit für die subjektiven Problemsichten der untersuchten Berufsgruppe erfolgte die Kodierung induktiv (MAYRING 2000) und ohne theoretische Kategorien im Wissenschaftler/innen-Team durch Gruppierung ähnlichen Materials und abstrahierend-zusammenfassende Bildung thematischer Kategorien. Dieses Vorgehen diente v.a. der Exploration von relevanten Themenfeldern (vgl. ULLRICH 2006) [9]

Eine Außenperspektive zu diesen subjektiven Problemdeutungen wurde durch drei problemzentrierte Interviews mit Supervisor/innen (psychologische Psychotherapeut/innen, die ihre tiefenpsychologische Orientierung mit jeweils einer weiteren Therapieausbildung – Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie,

---

2 "Welche Erfahrungen haben Sie mit psychisch belasteten Tumorpatienten gemacht?" und "Welche Schwierigkeiten haben sie im Umgang mit ihnen erlebt?"

3 "Worin sehen sie Ihre Stärken (Schwächen) im Umgang mit Patienten und Angehörigen?"

systemische Therapie – kombinieren) gewonnen. Diese führten im Verlaufe eines psychosozialen Kurses für onkologisch tätige Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen (PSYKOL, vgl. WOLLBRÜCK & DANKER 2006) kasuistische Supervisionen zu selbst gestellten Problemen der Teilnehmenden durch. Sie supervidierten die Kursteilnehmer/innen insgesamt achtmal á zwei Stunden in zwei Kleingruppen (insgesamt 32 Supervisionsstunden). Die Interviews wurden stichpunktartig transkribiert und inhaltsanalytisch wie oben beschrieben kodiert. Aufgrund der kleinen Anzahl von so eingeholten Expert/innensichten konzentrierte sich die Auswertung auf deren übereinstimmende Einschätzungen (vgl. ULLRICH 2006). Die Interpretationen, wie sie hier dargestellt werden, wurden den Befragten zur kommunikativen Validierung (BORTZ & DÖRING 2005, S.328f.) vorgelegt. Dem liegt die Überlegung zugrunde, dass v.a. die *Einschätzungen der Logopäd/innen durch diese externen Expert/innen* richtig erfasst werden sollten und nicht die Interpretation der *subjektiven Position der Supervisor/innen Inhalt der Analyse* war. [10]

Die psychosozialen Kompetenzen wurden über Gesprächsstilpräferenzen direkt vor Kursbeginn erfasst. Die Interviewten sollten dazu auf im Fragebogen enthaltene kurze Fallvignetten reagieren. Diese Fallvignetten schilderten mögliche Gesprächssituationen mit psychisch belasteten Tumorpatient/innen in der logopädischen Praxis. Alle beinhalteten eine Patient/innenäußerung, auf die adäquat geantwortet werden sollte. [11]

Um Zugang zu den verschiedenen Facetten des Wissens (aktives und passives Handlungswissen) zu bekommen, wurden offene und geschlossene Befragungselemente kombiniert.<sup>4</sup> Die Befragten bekamen die Aufforderung, auf drei Fallvignetten (Situationen mit schwer kranken und psychisch belasteten Patient/innen) adäquat mit eigenen Worten zu reagieren (freier Antworttest, N=27). Dies diente zur Bestimmung der aktiven kommunikativen Kompetenzen. Die handschriftlichen Antworten wurden transkribiert und mithilfe des Programms MAXQDA qualitativ-inhaltsanalytisch kodiert. [12]

Zudem wurden fünf weitere Fallvignetten mit je vier Antwortmöglichkeiten im Multiple-Choice-Stil verwendet. Die Instruktion bestand darin, sich für je eine angemessene Antwort auf die dargestellte Situation zu entscheiden. Mit diesem Vorgehen wurde nicht situationstypisches Gesprächsverhalten, sondern eine erfahrungs- und/oder wissensbasierte Präferenz für Antwortstile erfasst (KRAUß, 2001, S.123). Mittels deskriptiver Statistik wurde die Verteilung der Gesprächsstilpräferenzen bestimmt (N=28).

---

4 Die Unterscheidung zwischen aktivem und passivem Wissen wurde getroffen, da die vorliegende Studie nicht zuletzt dem Ziel diente, Weiterbildungsbedarfe zu eruieren. Für die sich anschließende Planung von Kursen war es wichtig unterscheiden zu können, ob die Vermittlung von bloßem (passivem) Wissen oder das praktische/aktive Anwenden in Übungen, Rollenspielen u.ä. größere Aufmerksamkeit verdient.

<b>Fallvignetten (freier Antworttest)</b>
(67-jähriger Patient, Mundbodenkarzinom, seit einiger Zeit wegen Wundheilungsschwierigkeiten in stationärer Behandlung): "Immer, wenn meine Frau kommen will, freue ich mich darauf, mit ihr zusammen zu sein. Aber wenn sie dann hier ist, streiten wir uns."
(51-jähriger Patient mit ungünstiger Prognose, vor der Operation): "Was wird aus meiner Familie, wenn ich die Operation nicht überstehe?"
(66-jährige Patientin, Hypopharynxkarzinom <sup>5</sup> , Rezidiv): "Das mit meiner Krankheit wird wohl nicht mehr wieder?"
<b>Fallvignetten (Multiple-Choice-Test)</b>
(53-jährige Patientin, Oropharynxkarzinom <sup>6</sup> , seit zwei Tagen auf Station): "Ich werde morgen operiert, ich habe Angst!"
(69-jähriger Patient, sehr schlechter Allgemeinzustand, therapieresistentes metastasierendes Mundbodenkarzinom): "Es geht immer mehr bergab mit mir. Ich werde wohl bald sterben!"
(68-jährige Patientin, nach der Operation, oft von Töchtern und Enkelkindern besucht): "Meine Bettnachbarin ist immer so gut gelaunt, ich verstehe das nicht!"
(54-jähriger Patient, wehleidig, mit recht guter Prognose nach Kehlkopfteilresektion): "Ach wissen Sie, ich bin ein richtiger Versager! Ich hasse mich richtig, weil ich alles falsch mache!"
(63-jähriger Patient, relativ guter Allgemeinzustand, zur Diagnostik auf HNO-Station): "Habe ich Krebs?"

Tabelle 1: Fallvignetten zur Erhebung der Kommunikationskompetenzen [13]

In der qualitativen Inhaltsanalyse der Antworten des Freien Antworttests mit dem Ziel der Etablierung eines Sets an Kategorien typischer Kommunikationsformen mit HNO-Krebspatient/innen wurden die induktive und deduktive Inhaltsanalyse (MAYRING 2000) verbunden. Das unten als Ergebnis vorgestellte Kategoriensystem entstand auf Basis der Studien von KRAUß (2001, S.XVII). Es war dort entwickelt worden, um Gesprächsstilpräferenzen von Pflegekräften bei sterbenden Patient/innen einzuschätzen. Diese Kategorien konnten angewendet werden, weil sie für ebenfalls emotional höchst belastende Situation entwickelt worden waren. Besonderheiten der hier untersuchten Zielgruppe und ihrer Handlungskontexte erforderten jedoch eine Anpassung und Erweiterung. Entsprechend wurde zunächst im offenen Verfahren induktiver Kategorienbildung (MAYRING 2000) das gesamte qualitative Textmaterial analysiert. Mit den Befunden wurde das bestehende Kategoriensystem ergänzt, andere nicht ausreichend trennscharfe Kategorien wurden zusammengeführt. Abschließend wurde das Kategoriensystem in Teamdiskussionen mit den beteiligten Forscher/innen und einer Kommunikationsexpertin fixiert. Alle Antworten der Kursteilnehmer/innen wurden daraufhin von zwei beteiligten Forscher/innen erneut kodiert. [14]

5 Ein Tumor des unteren Rachenabschnitts.

6 Tumorerkrankung im Mundrachen.

Die Messung der Intercoder-Reliabilität erfolgte mittels der *ratio of coder agreement*, welche die prozentuale Übereinstimmung der beiden Kodierer/innen angibt.<sup>7</sup> Der Gesamt Intercoder-Reliabilitätskoeffizient lag bei  $R=.71$ . Bei nichtübereinstimmenden Kodierungen wurde in der Forschungsgruppe bzw. in schwierigen Fällen zusammen mit einer Kommunikationstrainerin eine gemeinsame Kodierung durchgeführt (konsensuelle Validierung, vgl. BORTZ & DÖRING 2005, S.328). [15]

Aus den Ergebnissen konnten Typen des Umgangs mit schwierigen Situationen und psychisch belasteten Patient/innen abgeleitet werden. Die Ergebnisse der verschiedenen Auswertungsschritte wurden dann in eine Matrix zur Begründung spezifischer Weiterbildungsbedarfe zusammengefasst (siehe Abb. 2). [16]

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Problemfelder der Arbeit mit onkologischen Patient/innen aus Logopäd/innensicht

Der deutlichste Befund ist, dass es bei allen Befragten deutliche Verweise auf die hohen psychosozialen Anforderungen der logopädischen Arbeit mit Tumorpatient/innen gibt. Es bestand bei fast allen Befragten Einigkeit darüber, dass HNO-Tumorpatient/innen oft psychisch und in ihrer sozialen Situation stark belastet sind. Ebenso herrschte Übereinstimmung in der Einschätzung, dass der Gesprächsbedarf dieser Patient/innengruppe sehr hoch ist/die logopädischen Therapien durch erhebliche Gesprächs- und Beratungsanteile geprägt sind:

"Der Patient ist sehr auf den Logopäden fixiert, spricht über seine Sorgen und Ängste." (ID 03<sup>8</sup>)

"Da jeder Tumor unterschiedliche Auswirkungen hat, ist jede Therapie eine neue und spezielle Herausforderung und das eben nicht nur fachlich sondern vor allem psychosozial. Da ich als Therapeutin 30 – 45 Minuten für die Patienten Zeit habe, haben die Patienten oft sehr hohe Erwartungen und brauchen meist die ersten Stunden hauptsächlich jemanden zum Reden." (ID 08) [17]

Dies stellte die Befragten wiederum vor die nach eigenem Bekunden oft als schwierig erlebte Herausforderung, die Anteile von logopädischer Therapie als eigentlicher Kernaufgabe und psychosozialer Beratung und Betreuung auszubalancieren:

"Die Abgrenzung zur psychologischen/psychotherapeutischen Beratung bzw. Therapie ist wohl die häufigste Herausforderung." (ID 19)

7  $R = 2 \times CÜ / (C1 + C2)$  (CÜ = Anzahl übereinstimmender Kodierungen, C1 und C2 Anzahl der Kodierungen von Kodierer/in 1 und 2). Die Ermittlung von Reliabilitätskoeffizienten wie Cohens Kappa war aufgrund der möglichen Mehrfachkodierungen von Textsequenzen nicht möglich. Zur Berechnung wurde das Excel-Add-In zur Berechnung der Intercoderreliabilität für MAXQDA-Projekte "IRPrüfung 2" von Michael LENZ verwendet (siehe (<http://www.mlenz.de/portal/fuer-maxqda.html>)).

8 Die angegebenen IDs sind die projektinternen Nummern der insgesamt 33 Interviewten.

### Wichtigste Problemfelder

hohe psychosoziale Belastung der Patient/innen (Lebensqualitätsminderung, Angst, Verzweiflung, Depressivität, Sinnsuche, Schuld, Körperbilderleben, Sucht, Gewalterfahrungen, schwierige Familienverhältnisse, finanzielle Situation, sozialer Rückzug, Einsamkeit)

großer Gesprächsbedarf

Balance zwischen logopädischen und psychosozialen Anteilen finden

Rolle der Angehörigen und Schwierigkeiten ihrer Einbeziehung

Abgrenzung und Psychohygiene

Unzufriedenheit mit Patient/innenverhalten

Kommunikationsprobleme

Tabelle 2: Problemfelder in der Arbeit mit onkologischen Patient/innen aus Sicht von Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen [18]

Dass diese Aspekte als Schwierigkeiten erlebt wurden, hängt auch mit subjektiv empfundenen Defiziten in den eigenen fachlichen Fähigkeiten zusammen. So wurden eigene Probleme im Bereich Gesprächsführung und Beratung von einigen offen angesprochen. Ebenso gab es Reflexionen über die hohen Belastungen, die daraus für die Therapeut/innen selbst resultierten und die Anstrengungen, die dies für die eigene Psychohygiene und Abgrenzung mit sich brachte:

"Die Patientinnen hatten immer wieder Phasen der Depression (wegen Geschmacksverlustes z.B.) oder weil Fortschritte sich nur allmählich einzustellen schienen. In so einer Behandlung braucht man selbst innere Kraft und eine positive Lebenseinstellung und Sicht." (ID 04)

"Schicksalsschläge einzelner Patienten, wenn z.B. ein Tumor über Monate nicht erkannt wurde trotz diverser Arztbesuche, berühren mich als Therapeut manchmal stark und erzeugen Wut." (ID 26) [19]

Für diese Emotionen gibt es jedoch i.d.R. keine institutionell abgesicherten Entlastungsmöglichkeiten wie Supervision oder Intervision. [20]

Weitere nur vereinzelt angesprochene Problemfelder betrafen die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (bspw. Ärztinnen und Ärzte), die nach Ansicht der Befragten häufig ungenügende Aufklärung der Patient/innen, die eigene fachliche Überforderung (medizinisches und logopädisches Spezialwissen) und den (zeitlich und finanziell) zu engen Rahmen für eine erfolgreiche Therapie. [21]

Aus den Äußerungen mehrerer Befragter lässt sich eine deutlich paternalistische Perspektive auf Patient/innen erkennen, die für ihr aus Behandler/innensicht inadäquates Handeln und Empfinden kritisiert werden. So sind besonders nicht zufriedenstellende Therapietreue und -motivation ("mangelnde

Kooperationsbereitschaft", "will nichts dafür tun", "inadäquates Verhalten", "Unfähigkeit kanzerogene Lebensgewohnheiten zu ändern") ein Grund für negative Gefühle gegenüber den Patient/innen ("machen mich wütend"). Bemerkenswert sind noch drei Befragte, die keine oder kaum Probleme in der Arbeit mit psychisch belasteten Tumorpatient/innen sehen, obwohl sie sich für einen Kurs angemeldet hatten.<sup>9</sup> [22]

### 3.2 Selbsteinschätzung von Stärken und Schwächen im Umgang mit Patient/innen und Angehörigen

Die Antworten zu den eigenen Stärken und Schwächen wurden in zwei Bereiche untergliedert, in Persönlichkeitseigenschaften und professionelle Aspekte (Haltung, Arbeitstechniken). Die Antworten sind teilweise sehr heterogen, es gibt jedoch quantitative Häufungen. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die vorkommenden Kategorien, quantitative Schwerpunkte sind hervorgehoben. Da hier meist nur schlagwortartig geantwortet wurde, wurden nur ähnliche Begriffe zusammengefasst, ohne genaueres über die spezifische subjektive Füllung der Konzepte in Erfahrung bringen zu können.

	Stärken	Schwächen
<b>Persönlichkeitsaspekte</b>	Offenheit <b>Empathie</b> Weitere: persönlicher Einsatz, Motivationsfähigkeit, Achtung vor Gegenüber, Flexibilität, Psychohygiene, Ehrlichkeit, Realismus	Antipathien/Vorurteile gegenüber bestimmten Patient/innen <b>eigenes psychisches Befinden/ Belastung</b> Weitere: zu wenig Geduld, Angst vor Ehrlichkeit, Perfektionismus, Empathie
<b>Professionelle Aspekte</b>	Kommunikative Fähigkeiten <b>allgemeine fachliche Kompetenz</b> Weitere: Abgrenzung, Einbeziehung des Umfelds, Zeitnehmen, Erfahrung, Gestaltung der Therapie, Zielorientierung, Patient/innenaufklärung, psychologisch-therapeutisches Wissen	Abgrenzung Weitere: Timing, Kommunikation, Zielerreichung, psychologisch-therapeutisches Wissen, ethische Fragen, medizinisches Wissen, Fachwissen allgemein

Tabelle 3: Selbsteinschätzung eigener Stärken und Schwächen im Umgang mit Patient/innen und Angehörigen (fett = häufige Antworten) [23]

9 Leider war es mit dem zur Verfügung stehenden begrenzten Material nicht möglich, auf der individuellen Ebene genauere Hintergründe dieses zunächst als Widerspruch erscheinenden Befunds zu analysieren.

Von Interesse hinsichtlich der Verbesserung der Situation psychisch belasteter onkologischer Patient/innen und ihrer Behandler/innen sind v.a. Schwächen – bewusste wie auch unerkannte. Die am häufigsten genannten Schwächen sind allesamt solche, die das persönliche Wohlbefinden der Therapeut/innen betreffen. Dabei geht es um Abgrenzungsprobleme, die sich in Vorurteilen oder negativen Reaktionen auf bestimmte Patient/innen wie auch in allgemeinen Befindlichkeitsschwierigkeiten zeigen. [24]

Bemerkenswert ist das eklatante Auseinanderklaffen von Selbst- und Fremdeinschätzungen. Von den Befragten attestierten sich beispielsweise knapp die Hälfte (13) kommunikative Fähigkeiten als persönliche Stärke. Die Kommunikationskompetenzen dieser Gruppe waren jedoch keineswegs vorrangig förderlich. Nur die Antworten von zwei der Befragten aus dieser Gruppe im freien Antworttest konnten tatsächlich als überwiegend positiv eingeschätzt werden (vgl. Abschnitt 3.4.2). Bei allen anderen gab es dominant bis überwiegend nicht förderliche Kommunikationsanteile, die sich auch nachteilig (abschwächend bis neutralisierend) auf eventuell ebenso zum Einsatz kommende förderliche Kommunikationsaspekte auswirkten. Gleiches gilt für die Selbsteinschätzung als "empathisch" und "offen". Die selbstattribuierten Fähigkeiten ließen sich im freien Antworttest meist nicht bestätigen. [25]

### 3.3 Einschätzungen der Supervisor/innen

Sehr viele Aspekte der Selbsteinschätzungen und Problemfelder decken sich mit den Eindrücken der Supervisor/innen, die sie in den Fallarbeiten mit Logopäd/innen gewannen. Diese Eindrücke sind – obwohl es sich um projekt- bzw. forschungsabteilungsexterne Supervisor/innen handelt, die keine gemeinsamen Absprachen über die Inhalte der Sitzungen trafen und obwohl die einzelnen Supervisor/innen jeweils andere Kursteilnehmer/innen betreuten – erstaunlich übereinstimmend. Sie berichteten von drei zentralen Problembereichen, die die logopädische Arbeit mit Tumorpatient/innen prägen und z.T. erschweren: Rollenkonflikte, schwere Themen und Nähe-Distanz-Probleme. [26]

Da ist zunächst die Problematik der Rollendefinition. Es erweise sich für die Behandler/innen vielfach als schwierig, den zentralen Auftrag und Inhalt der logopädischen Behandlung zu bestimmen und zu begrenzen. Die hohen psychosozialen Anforderungen führten zu *Rollenkonflikten* zwischen der engeren Logopäd/innenrolle und konkurrierenden Erwartungen an die Therapeut/innen als Berater/innen, Bezugspersonen und Vertraute. Die Kasuistiken behandelten also gehäuft die Frage (in den Worten einer Supervisorin): "Wo beginnt und wo endet ihr Job?" Es bestand auch Klärungsbedarf über die eigene Rolle im Zusammenspiel der verschiedenen Hilfesysteme. [27]

Den Hintergrund solcher Rollenkonflikte stellen häufig die außergewöhnlichen Herausforderungen dar, die einige Patient/innen mitbringen. Es gab entsprechend hohen Bedarf nach Entlastung und Austausch über besonders *schwere Themen* wie schwere Krankheiten, Tod und Sterben, eigene

Machtlosigkeit, kranke Kinder, Traumatisierungen und Ekel (durch körperliche Nähe, Mundgeruch, Körpersekrete, Verwahrlosung), um diese nicht auf sich allein gestellt bewältigen zu müssen. [28]

Angesichts solcher Themen wird die ebenso konsensuell beobachtete *Nähe-Distanz-Problematik* umso drängender. Alle Supervisor/innen konstatierten einerseits ein großes Engagement und eine große fachliche und persönliche Motivation der Teilnehmenden, die häufig in persönliches Überengagement umschlage. Dies zeige sich bspw. im Verwischen der professionellen Grenzen durch Beziehungsangebote sowie im Eingehen von semi-freundschaftlichen Beziehungen mit Patient/innen, der Herausgabe privater Telefonnummern an diese oder der Zusicherung von Erreichbarkeit rund um die Uhr und nicht zuletzt in häufig vorkommendem identifikatorischen Mitleiden mit Patient/innen, dessen psychodynamische Hintergründe (Übertragungen, "Helfersyndrom") nicht immer problemlos in die Reflexion zu bringen seien. [29]

Die kasuistischen Supervisionen konnten helfen, einige der Probleme einer praktischen Lösung zuzuführen oder durch Austausch und Thematisierung Erleichterung zu verschaffen und Lösungswege für vergleichbare Situationen in der Zukunft aufzuzeigen und auszuprobieren. Übereinstimmend wurde ein hoher Super- oder ggf. Intervisionsbedarf konstatiert. Dieser ergibt sich aus den oben aufgeführten Problembereichen, dem hohen Interesse der Teilnehmer/innen an Austausch, Vernetzung und an der kasuistischen Arbeit sowie dem häufigen Wunsch nach Fortsetzung der Kasuistiken. Dies liege aber auch an ihrer häufigen professionellen Einsamkeit: Ein großer Teil der teilnehmenden Logopäd/innen seien "Einzelkämpfer/innen" und verfüge nicht über professionelle Supervisionsangebote und – im Fall von Privatpraxen – sehr oft fast überhaupt nicht über regelmäßigen Austausch über die Arbeit und die damit einhergehenden Belastungen. [30]

Die Supervisor/innen stimmten mit den in diesem Wortlaut vom Forschungsteam vorgelegten zusammenfassenden Interpretationen ihrer Einschätzungen überein. [31]

### **3.4 Kommunikative Kompetenzen**

#### *3.4.1 Das Kategoriensystem*

Die psychosozialen Anforderungen zeigen sich im Gespräch zwischen Logopäd/innen und Patient/innen. Wie genau erfolgt Kommunikation in schwierigen Situationen? Zunächst soll hier als erstes konzeptuelles Ergebnis das Kategoriensystem (vgl. [Anhang 2](#)) selbst dargestellt werden, welches einen Überblick über die zur Anwendung kommenden Gesprächsstile in schwierigen emotionalen Situationen gibt. [32]

Die kodierten Kommunikationsstile wurden zudem auf Basis einer normativen Unterscheidung in drei Hauptbereiche eingeordnet. Für gelingende Gespräche in emotionalen Situationen wurden auf der höchsten Abstraktionsstufe förderliche,

nicht förderliche und sonstige Kommunikationsstile unterschieden. Diese Einteilung bezieht sich auf eine mittlerweile reichhaltige Literatur zur Kommunikation zwischen Behandler/innen und Patient/innen in der Onkologie (vgl. überblickshaft KAPPAUF 2004), wobei Studien und konzeptuelle Überlegungen bisher v.a. Auswirkungen von Kommunikationsstilen von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal untersuchten. Da Studien für Logopäd/innen fehlen, musste hierauf zurückgegriffen werden. [33]

Als Bewertungskriterium für "Förderlichkeit" dienten Grundlagen patient/innenzentrierter Kommunikation, die besonders in emotionalen Gesprächssituationen angezeigt ist, weil sie zunächst einen Raum für die Entfaltung des jeweiligen individuellen Anliegens eröffnet. Andere Situationen erfordern auch den Wechsel zu behandler/innenzentrierten Kommunikationsformen (LANGEWITZ 2002), welche, wie beispielsweise die Differenzialdiagnostik, ein strukturiertes Vorgehen anhand von den Patient/innen nicht bekannten Kriterien/Wissenssystemen erfordern. Die mit der Kategorisierung erfolgende Wertung bezog sich also auf konkrete situative Handlungskontexte und war keine allgemeingültige normative Klassifizierung einer sprachlichen Äußerung. [34]

#### Förderliche Kommunikationsstile

Die auch in der Literatur am häufigsten als wichtig genannten förderlichen Kommunikationsstile sind "Empathie" und "Nachfragen". Sie haben v.a. die Funktion, den Patient/innen durch Spiegelung von Emotionen, Verständnis, Containment, Aufgreifen von deren Sprache/Metaphorik und durch genaueres Ergründen ihrer Gefühle bzw. Bedürfnisse Entlastung zu bieten (FOGARTY, CURBOW, WINGARD, McDONNELL & SOMERFIELD 1999) und das Gefühl zu vermitteln: "Ich bin gehört und verstanden worden" (KAPPAUF 2004, S.1253, vgl. STIEFEL & RAZAVI 2006, S.40). Sie sollen den kommunikativen Raum für die Anliegen und Sichtweisen Patient/innen offenhalten und ihre subjektive Realität ernst nehmen (LANGEWITZ 2002). Zwei andere förderliche Kommunikationsstile dienen dazu, eigene Potenziale der Patient/innen für das Verständnis und die mögliche Verbesserung ihrer Situation ("Ernstnehmen als Experte seiner selbst") sowie Ressourcen, Fähigkeiten und Pläne der Patient/innen ("Ressourcen- und Zukunftsorientierung") zu stimulieren, ohne dabei suggestiv, beeinflussend oder autoritativ zu werden und so Behandler/inneninteressen zu oktroyieren (ULLRICH 2010/im Druck, Kap. 5). [35]

#### Nicht förderliche Kommunikationsstile

Zu den ungünstigen, also ethisch problematischen bzw. für das Wohlbefinden und den Umgang mit der Belastung nicht förderlichen Kommunikationsstilen gehören insbesondere solche, die die je spezifische Individualität und subjektive Situationsdeutung der Patient/innen nicht anerkennen und damit Verständnis für Patient/innenbedürfnisse behindern (Expert/innendeuten, Generalisieren, Projizieren/Identifizieren, vgl. KAPPAUF 2004, S.1255). Dies geschieht auch, wenn der emotionale Gehalt der Kommunikation ignoriert (Abwehr,

Rationalisieren) oder die persönliche Integrität und das "Recht auf verständliche Information" (a.a.O., S.1252) als Basis einer informierten Entscheidung verletzt werden (Dirigieren, Moralisieren, Defizitorientierung). [36]

#### Weitere Kommunikationsstile

Die "weiteren" Kategorien beinhalteten Äußerungen, die je nach Kontext adäquat oder inadäquat sein können und mit dem gewählten Instrumentarium nicht eindeutig einzuschätzen waren. Außerdem umfasste diese Kategorie verschiedene allgemeine Aspekte der Kommunikation, die quer zu der normativen Leitunterscheidung stehen und trotzdem relevant hinsichtlich der Einschätzung eines psychosozialen Weiterbildungsbedarfs für onkologisch tätige Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen sind. [37]

Die Kategorie "Verweisung an Externe" erfasste alle Äußerungen, in denen die Möglichkeit der Hinzuziehung weiterer Stellen/Personen angesprochen wird. Solche Kommunikation ist einerseits wichtiges Moment der Anerkennung eigener professioneller und emotionaler Grenzen, sollte andererseits aber nicht dazu dienen, emotionalen Situationen durch Verweis auf psychotherapeutische Hilfsmöglichkeiten einfach auszuweichen. Ähnliches gilt für "Sprach- und Hilflosigkeit", eine Kategorie, die einerseits Äußerungen erfasste, die ehrliche Überforderung durch die Patient/innen zurückspeigeln (wichtig für Abgrenzung) bzw. aus denen ersichtlich wurde, welche Patient/innenfragen gerade nicht beantwortet werden konnten (wegen fehlendem Wissen, nicht gegebener Zuständigkeit usw.). Auch dies darf aber wiederum im Sinne patient/innenzentrierter Kommunikation nicht dazu dienen, Anliegen der Patient/innen einfach zu übergehen oder emotionale Komponenten zu externalisieren. Die Kategorie "Hilfe anbieten" fasste alle persönlichen Hilfsangebote an die Patient/innen zusammen. Die Ausgestaltung solcher Angebote und insbesondere ihre Begrenzung auf den zulässigen professionellen Rahmen ist wichtig für die Psychohygiene der Logopäd/innen (Abgrenzung) und den Schutz der Patient/innen, wenn die Probleme durch die fachlichen Möglichkeiten sowie emotionalen und zeitlichen Ressourcen der Logopäd/innen nur unzureichend aufgefangen werden können. [38]

#### *3.4.2 Aktive Kommunikationskompetenzen*

Beim Test der aktiven Kommunikationskompetenzen wurde deutlich, dass sowohl förderliche als auch nicht förderliche Kommunikationsstile im Repertoire der Befragten eine große Bedeutung haben. Allerdings kamen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, bei fast allen Befragten ungünstige Kommunikationsstile gehäuft zur Anwendung. Nur bei vier von 27 Befragten wurden ausschließlich oder nahezu ausschließlich förderliche Kommunikationsstilpräferenzen kodiert. Tabelle 4 zeigt die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Kommunikationsstile.

Nicht förderlich		Förderlich		Weitere	
Expert/innen-deuten	19 (30)	Nachfragen	16 (25)	Verweisungen an Externe	9 (12)
Dirigieren	11 (18)	Empathie	13 (21)	Sprach- und Hilfslosigkeit	7 (7)
Abwehr	10 (13)	Ressourcen- und Zukunftsorientierung	2 (2)	Hilfe anbieten	6 (8)
Rationalisieren	10 (14)	Ernstnehmen als Selbstexperte/-expertin	1 (3)	Ermutigen	4 (4)
Generalisieren	8 (8)				
Moralisieren	3 (3)				
Defizitorientierung	3 (3)				
Projizieren/Identifizieren <sup>10</sup>	2 (2)				

Tabelle 4: Anzahl der Personen, die bestimmte Kommunikationsstile zum Einsatz bringen (N = 27, in Klammern Gesamthäufigkeit der Vergabe der jeweiligen Codes) [39]

#### Förderliche Kommunikationsstile

Die Kommunikationsstile "Nachfragen" und "Empathie" gehörten bei jeweils etwa der Hälfte der Therapeut/innen zum förderlichen Kommunikationsrepertoire. Die selbstwirksamkeitsförderliche Orientierung auf das Wissen der Patient/innen über sich selbst und auf eigene Ressourcen bzw. Zukunftspotenziale spielten hingegen fast keine Rolle. [40]

Der folgende Transkriptausschnitt dokumentiert einen 46-jährigen Therapeuten, der mehrere – sämtlich förderliche – Antwortmöglichkeiten zu einer Vignette aufführte:

**(66-jährige Patientin, Hypopharynxkarzinom, Rezidiv): "Das mit meiner Krankheit wird wohl nicht mehr wieder?"**

"Ich kann gut verstehen, dass Sie die schlechte Nachricht wieder traurig macht.

oder: Wie schätzen Sie Ihre Chancen für eine Heilung ein?

oder: Was können Sie tun, dass Ihre Chancen für eine Heilung größer werden?" (ID 19) [41]

10 Die geringe Zahl folgt auch aus einer konservativen Kodierung. Viele Äußerungen (bspw. "Ich verstehe das sehr gut") können sowohl eine empathische Komponente haben als auch ungenügende Abgrenzung und projektive bzw. identifikatorische Momente beinhalten. Wenn sich dies nicht eindeutig rekonstruieren ließ, wurde die negative Kategorie aber nicht vergeben.

In der ersten Möglichkeit wurde Verständnis und Mitgefühl (Empathie) signalisiert. In den beiden anderen wurde die Patientin als Expertin für sich selbst anerkannt, ihr somit Handlungsmacht und Selbstwirksamkeit zugebilligt, da die Äußerung ihrer Meinung und Einschätzung angeregt wird. Außerdem wurde ihr ressourcenorientiert eine positive Perspektive ermöglicht (nicht fälschlicherweise suggeriert), da der Blick auf die Frage nach Entwicklungspotenzialen gelenkt wird. Zudem ermöglicht die Frageform weitere Äußerungen der Patientin. Eine solches, relativ breites förderliches Kommunikationsrepertoire stellt in der untersuchten Therapeut/innengruppe jedoch eine Ausnahme dar. [42]

### Nicht förderliche Kommunikationsstile

Die quantitativ größte Bedeutung bei den negativen Kommunikationsstilen hatte das "Expert/innendeuten" (Vorkommen bei fast drei Viertel der Befragten). Auch häufig sind "Dirigieren", "Abwehr", "Rationalisieren" und "Generalisieren" (jeweils bei etwa einem Drittel der Befragten). [43]

Dabei gibt es Situationen, in denen ausschließlich problematische Reaktionen erfolgen. Beispielhaft sei folgende Situation analysiert:

**(67-jähriger Patient, Mundbodenkarzinom, seit einiger Zeit wegen Wundheilungsschwierigkeiten in stationärer Behandlung): "Immer, wenn meine Frau kommen will, freue ich mich darauf, mit ihr zusammen zu sein. Aber wenn sie dann hier ist, streiten wir uns."**

"Versuchen Sie einfach, Ihrer Frau zu zeigen wie sehr Sie sich freuen, dass sie kommt und versuchen Sie über die Zeit nach dem Krankenhaus zu sprechen, vielleicht planen Sie gemeinsam eine kleine Reise."

"Fragen Sie ihre Frau, wie sie mit ihrer Krankheit zurechtkommt und verstehen auch Sie sie."

"Die Situation ist im Moment für beide schwierig, strahlen Sie trotz dessen auch Zuversicht aus. Sprechen Sie viel über die Familie." (ID 12) [44]

Es wurden drei negative Kategorien kodiert (Dirigieren, Rationalisieren, Expert/innendeuten). Zunächst ist die ganze Antwort dirigierend. Anstatt den Patienten anzuregen, eigene Perspektiven zu verdeutlichen oder zu entwickeln, werden viele klare Vorschläge gemacht, die aber allesamt der Vorstellungswelt des Therapeuten entspringen und nicht durch Äußerungen des Patienten motiviert sind. Durch die rationalisierende Orientierung auf "praktische Lösungen" wird zudem der emotionale Gehalt der Patientenäußerung negiert und die hilfreiche (empathische) Anerkennung der Unzufriedenheit verweigert. Zudem werden rein spekulative Aussagen über das Befinden der Partnerin getroffen. Auch die Fülle der Informationen ist überfordernd. [45]

Häufig *überlagerten* sich jedoch positive und negative Kommunikationsstile. In vielen Fällen wurde dabei der vorhandene förderliche Aspekt durch die nicht förderlichen aufgehoben oder zumindest relativiert. Auch dies sei an einem Beispiel dargestellt:

**(51-jähriger Patient mit ungünstiger Prognose, vor der Operation): "Was wird aus meiner Familie, wenn ich die Operation nicht überstehe?"**

"Ist das ihre erste OP? Macht es Ihnen Angst aus der Narkose nicht mehr aufzuwachen oder dass die Krankheit so schlimm ist, das es nicht operabel ist?" (ID 15) [46]

Der Therapeut/die Therapeutin schien sich zunächst für die Sichtweisen des Patienten zu interessieren. Er/sie signalisierte Interesse und Bereitschaft zu weiterem Zuhören. Dem Patienten wurde Raum gegeben, über die OP und mögliche Ängste zu sprechen. Der Therapeut/die Therapeutin bemühte sich aber nicht aktiv darum, den Gesprächsraum für die subjektiven Sichtweisen des Patienten offenzuhalten. Er/sie verfiel der Versuchung, den Raum, der für den Patienten gedacht wäre, vorzeitig selbst einzunehmen. So wurden zwei Antwortalternativen vorgeschlagen, die scheinbar der Strukturierung des psychischen Befindens des Patienten dienen, ohne dass ein entsprechendes Bedürfnis beim Patienten wahrnehmbar wäre. Die Antwortalternativen schränkten unnötigerweise ein und wurden wahrscheinlich als willkürlich und überfahrend aufgenommen. Das anfängliche Kommunikationsangebot wurde somit wieder zurückgenommen und der Kommunikationsraum geschlossen. [47]

Weitere Kommunikationsstile

In sieben Fällen wurde "Sprach"- und/oder "Hilflosigkeit" signalisiert. Die Ambivalenz dieser Kategorie (s.o.) verdeutlicht sich in Zitaten wie dem folgenden:

**(66-jährige Patientin, Hypopharynxkarzinom, Rezidiv): "Das mit meiner Krankheit wird wohl nicht mehr wieder?"**

"Eine genaue Prognose kann ich Ihnen nicht nennen, dafür ist der Arzt zuständig." (ID 02) [48]

Die Antwort ist zunächst sachlich richtig. Es fällt nicht in den Aufgabenbereich der Logopäd/innen, Diagnosen über den Krankheitsverlauf zu stellen. Mit dem Verweis auf die Zuständigkeit des Arztes wurde das Thema abgeschlossen. Dies war sinnvoll zur eigenen Abgrenzung von nicht zu befriedigenden Anliegen. Die möglichen emotionalen Aspekte der Botschaft (evtl. Todesangst, Besorgnis, Unsicherheit, das Gefühl nicht ausreichend informiert zu sein o.Ä.) erhielten in dieser knappen Zurückweisung jedoch keinen Raum. [49]

Gleiches gilt für die Kategorie "Verweisung an Externe" (eine Reaktion auf die gleiche Fallvignette):

"[...] Hier gibt es auch die Möglichkeit, einen Psychologen zu Rate zu ziehen. Er kann mit Ihnen über ihre Sorgen und Ängste sprechen." (ID 04) [50]

Problematisch wäre diese Äußerung jedoch nur, wenn die Antwort ohne unterstützende empathische oder nachfragende Aspekte alleine stünde (was bei der betreffenden Stelle jedoch nicht der Fall war). [51]

Bemerkenswert ist die Art der in den Antworten vorkommenden Hilfsangebote. Diese reichten von überschaubaren organisatorischen Unterstützungen, die bspw. im Klinikrahmen üblich sind ("Soll ich mit [dem Psychologen] für Sie einen Termin vereinbaren?") bis hin zu sehr weitgehenden Angeboten, die deutlich machen, wie schwer oft die eigene Abgrenzung fällt. Beide Aspekte werden in den folgenden Beispielen deutlich:

**(67-jähriger Patient, Mundbodenkarzinom, seit einiger Zeit wegen Wundheilungsschwierigkeiten in stationärer Behandlung): "Immer, wenn meine Frau kommen will, freue ich mich darauf, mit ihr zusammen zu sein. Aber wenn sie dann hier ist, streiten wir uns."**

"Es ist sicherlich für beide Seite[n] eine sehr schwierige Situation, wenn Sie es wünschen komme ich gerne auch mal zu Ihnen beiden." (ID 10) [52]

Hier bestand die Gefahr der Überschreitung fachlicher Grenzen. Zum Schutz der Patient/innen *und* zum Selbstschutz der Logopäd/innen (die für solche Leistungen oft nicht ausreichend qualifiziert sind und auch nicht honoriert werden), könnte hier besser psychotherapeutische Kompetenz herangezogen werden. Diese Probleme sind kein Einzelfall, wie neben den offenen Antworten auf die Fallvignetten auch die Einschätzungen der Supervisor/innen und die Selbsteinschätzungen zum Thema Abgrenzung und Psychohygiene bestätigen. Die Beispiele verdeutlichen die Schwierigkeit, Vorstellungen von größtmöglicher Sorge und Hilfe für die Patient/innen und die eigene Psychohygiene und Rollensicherheit in Einklang zu bringen. [53]

### 3.3.3 Passive Kommunikationskompetenzen

Alle 20 Antwortmöglichkeiten (fünf Vignetten á vier Antworten) des Multiple-Choice-Tests wurden einem bestimmten Gesprächsstil zugeordnet. Abbildung 1 zeigt, dass es sich insgesamt um sieben Stile handelt, von denen fünf als nicht gesprächsförderlich und zwei (empathisch, nachfragend) als gesprächsförderlich gelten. Dargestellt ist, wie viel Prozent der Möglichkeiten, einen Stil zu wählen, insgesamt tatsächlich ausgeschöpft wurden (siehe Abb. 1).<sup>11</sup> [54]

Die Studienteilnehmer/innen entschieden sich nur selten für die ungünstigen Gesprächsstile (bei einzelnen Stilen von Null bis maximal 18%). In keiner der dargebotenen Fallvignetten entschieden sie sich für eine abwehrende Antwort. Hingegen zeigte sich ein vermehrter Gebrauch der förderlichen Kommunikationsstile. Von der Möglichkeit, empathisch oder nachfragend zu reagieren, wurde in über der Hälfte der Fälle tatsächlich Gebrauch gemacht. Insgesamt wurde in 68% der Fälle ein förderlicher Kommunikationsstil gewählt.

---

<sup>11</sup> Wenn also ein Gesprächsstil durch drei Antwortmöglichkeiten repräsentiert war, sind 100%=84 (drei Antwortmöglichkeiten x 28 Befragte = 84 usw.)

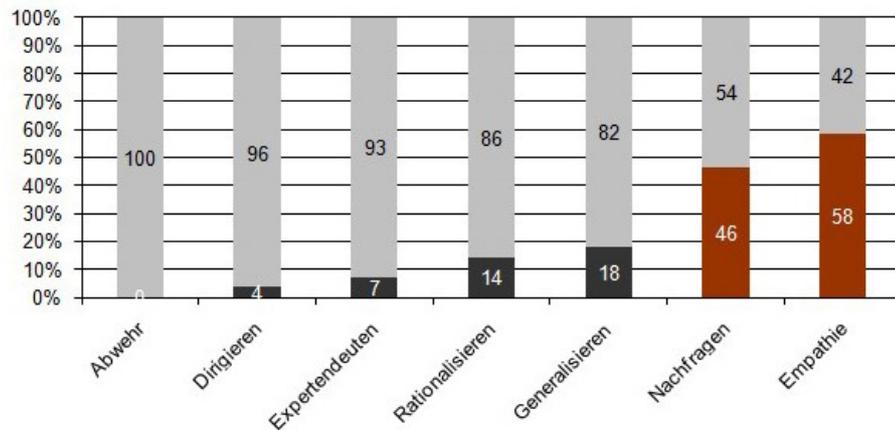


Abbildung 1: Gesprächsstilpräferenzen im Multiple-Choice-Test (N = 28) [55]

#### 4. Logopädische Therapie zwischen Anforderung und Überforderung – eine Problematrix

Die dargestellten Befunde lassen sich zu einer Problematrix verbinden, die die wichtigsten Schwierigkeiten in der Arbeit mit psychisch belasteten Tumorpatient/innen enthält, die sich aus den Erfahrungen und Sichtweisen von Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen, den Einschätzungen ihrer Supervisor/innen sowie aus der Erfassung ihrer kommunikativen Kompetenzen ableiten lassen.

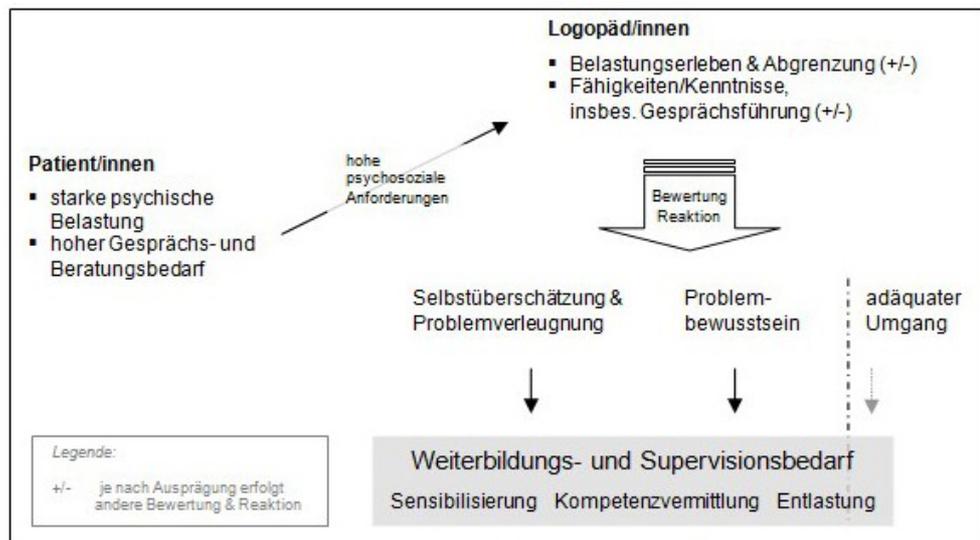


Abbildung 2: Logopädische Therapie mit belasteten Tumorpatient/innen zwischen Anforderung und Überforderung – Problematrix und Weiterbildungsbedarf [56]

Die hohe psychische Belastung vieler HNO-Tumorpatient/innen führt im Zusammenspiel mit relativ geringer psychotherapeutischer Versorgung dazu, dass behandelnde Logopäd/innen – darüber besteht weitgehender Konsens –

häufig zu wichtigen Ansprechpartner/innen für psychosoziale Belange werden, die einen großen Raum in der logopädischen Therapie einnehmen. Dies geht einerseits zulasten logopädischer Aspekte der Behandlung und stellt andererseits eine große Herausforderung dar. Denn die emotionale Belastung der Patient/innen hinterlässt ihre Spuren auch aufseiten einiger Therapeut/innen, die nur unzureichend über professionelle Strukturen für die eigene Psychohygiene (bspw. Supervision, Intervision) verfügen. Folgen davon sind, dass unter Umständen Probleme "mit nach Hause" genommen und als psychischer Druck empfunden werden. Für Ausgleich ist individuell zu sorgen. Zudem hat sich gezeigt, dass die beraterischen oder psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen und allgemeinen Gesprächsführungskompetenzen oft nicht ausreichen, um den besonderen Anforderungen emotional belastender Situationen umfassend Genüge zu tun. [57]

Es zeigen sich dabei drei Typen des Umgangs mit dieser Herausforderung. Da wäre zunächst der *adäquate Umgang* mit den psychosozialen Aspekten. Dieser ist gekennzeichnet durch kompetente, patient/innenzentrierte Gesprächsführung in emotionalen Situationen, bewusste Selbstsorge und Abgrenzung sowie Wissen um Potenziale *und* Grenzen eigener psychosozialer Interventionsmöglichkeiten. Der Verbreitung dieses Typus sind sowohl persönliche als auch institutionelle Schranken gesetzt, die sich in fehlenden Weiterbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten und den finanziellen und zeitlichen Restriktionen für die logopädische Therapie zeigen. [58]

Daneben steht ein *problembewusster Typ*. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, dass ein subjektives Problembewusstsein für Belastungen (Abgrenzungsprobleme, Druckempfinden, Vorurteile, Wut) und/oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Fachwissen und Können besteht, welches sich z.T. in expliziten Weiterbildungswünschen äußert. [59]

Es gibt aber bei einem Teil der Befragten sehr hohe Anforderungen an sich selbst, die bis zur deutlichen Überschätzung der eigenen fachlichen wie persönlich-emotionalen Möglichkeiten reichen (*Selbstüberschätzungs-Typ*). Das verdeutlicht sich einerseits im Kommunikationsverhalten, v.a. im "Expert/innendeuten" und "Dirigieren", in welchem inhaltliche Kompetenzen überschritten werden, und andererseits in der problematischen persönlichen Abgrenzung und mangelnden Anerkennung eigener professioneller und persönlicher/emotionaler Grenzen, die vorrangig in häufig zu weit gehenden Hilfsangeboten sichtbar werden. Dies kann bis zur vollständigen Verleugnung der besonderen Herausforderungen gehen. Diesen Typus vertreten in Reinform nur zwei Befragte, die angaben, dass sie in diesem Arbeitsfeld keinerlei Probleme sähen, die aber gleichzeitig in emotionalen Situationen vorrangig zu dirigierenden oder suggestiv-deutenden, also nicht förderlichen Kommunikationsstilen neigten. [60]

Aus beiden Aspekten (vorhandenem und nicht vorhandenem Problembewusstsein) rührt ein Weiterbildungsbedarf, jedoch mit unterschiedlichen Stoßrichtungen. Die eine besteht zunächst in der Problematisierung der und Sensibilisierung für die besondere Situation der

Betreuung psychisch belasteter onkologischer Patient/innen und die Schwierigkeiten, die mit dieser einhergehen. Die andere besteht in der Vermittlung von konkretem Wissen und Techniken des Umgangs mit dieser Situation. Unabhängig von den persönlichen Kenntnissen scheinen Supervisionen, Interventionen oder andere Formen der aktiven Bewältigung von Belastungen angezeigt. [61]

## 5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Der Fokus der vorliegenden Arbeit lag darauf, die Besonderheiten der Arbeitssituation onkologisch tätiger Sprechtherapeut/innen herauszuarbeiten, da diese häufig, z.T. auch ohne ausreichende Qualifikation, die psychosomatische Grundversorgung von HNO-Tumorpatient/innen sicherstellen. Die hier dargestellten Befunde untermauern die These, dass die Arbeit mit psychisch belasteten Tumorpatient/innen für Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen eine große Herausforderung darstellt, die optimal nicht ohne psychosoziale Begleitung bzw. Weiterbildung gemeistert werden kann. [62]

Die zentrale Herausforderung für Sprechtherapeut/innen stellt der fortwährende Balanceakt zwischen den Anteilen der logopädischen Therapie im engeren Sinne und dem hohen Gesprächsbedarf der Patienten dar. Hieraus entstehen Konflikte hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und Rollendefinition. Ferner treten Schwierigkeiten in der Wahrung eines professionellen Nähe-Distanz-Verhältnisses im Umgang mit den psychisch belasteten Patient/innen zutage. Bei einigen untersuchten Sprechtherapeut/innen fiel auch eine Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung eigener Stärken und Schwächen im Umgang mit den Patient/innen auf. Es kann aber durchaus auch auf vielfältige Erfahrungen, Wissen und Kompetenzen zurückgegriffen werden. Schwächen stehen Stärken, nicht förderlichen Kommunikationsstilen stehen förderliche gegenüber. [63]

Auch bei anderen Berufsgruppen im medizinischen Bereich (Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger) sind unzureichendes psychosoziales Wissen sowie Defizite in der Kommunikation mit onkologischen Patient/innen nicht selten (FALLOWFIELD et al. 2002; MAGUIRE 1999; PARLE, MAGUIRE & HEAVEN 1997; RAZAVI & DELVAUX 1997). Sie werden in der Regel auf eine unzureichende Fortbildung zurückgeführt, die auch hier angezeigt scheint. [64]

Ein Vergleich mit Studien zum Kommunikationsverhalten von Ärztinnen und Ärzten lässt vermuten, dass auch eine verbesserte Kommunikation zwischen Logopäd/innen und ihren Patient/innen zu einer größeren Zufriedenheit mit der Behandlung (FALLOWFIELD 1995; MAGUIRE & PITCEATHLY 2002) und einem besseren psychischen Befinden aufseiten der Patient/innen führt (FOGARTY et al. 1999; ROTER et al. 1995). Verbesserte Kommunikationskompetenzen können darüber hinaus auch zu einer Senkung des Belastungsniveaus bzw. zu einer höheren Arbeitszufriedenheit aufseiten der Behandelnden beitragen (MAGUIRE & PITCEATHLY 2002). Die genauen Auswirkungen in der logopädischen Therapie sind nach wie vor ein Forschungsdesiderat. [65]

Aus den vorgelegten Ergebnissen lassen sich erste Vorschläge für die inhaltliche Gestaltung möglicher Weiterbildungen ableiten:

1. Sensibilisierung für psychische Belastungen von Patient/innen sowie für damit einhergehende besondere Anforderungen an die logopädische Therapie
2. Sensibilisierung für besondere emotionale Beanspruchungen der Behandler/innen und daraus resultierende Anforderungen an Abgrenzungsbemühungen und Psychohygiene sowie konkrete Techniken der Umsetzung, insbesondere zur Burnout-Prophylaxe
3. Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten zur sicheren und förderlichen Ausgestaltung der besonderen psychosozialen Aspekte dieser Therapien (Anerkennung von Emotionen, sicherer Einsatz passender Interventionen und Gesprächstechniken, Erweiterung des Repertoires an Kommunikationstechniken zugunsten förderlicher Stile) [66]

Gerade die Differenzen zwischen höherem passivem Wissen und geringerer aktiver Kommunikationskompetenz in der untersuchten Gruppe haben verdeutlicht, dass eine solche Weiterbildung keinesfalls nur auf konfrontative Wissensvermittlung setzen darf, sondern insbesondere praktische Übungen zur Anwendung der einzelnen Methoden und Techniken beinhalten muss, was im Einklang mit anderen Erfahrungen aus Trainingsprogrammen in der Onkologie steht (JENKINS & FALLOWFIELD 2002). Der vorhandene Wunsch nach Weiterbildung ist eine gute motivationale Basis für die Umsetzung dieser Ideen. [67]

## **6. Probleme und Grenzen der Untersuchung**

Mit Bedacht müssen die Einschätzungen der Supervisor/innen gewertet werden, da die Logopäd/innen mit diesen während der Weiterbildung zusammenarbeiteten und somit ihre Eindrücke auch auf Folgen eigener Interventionen basieren können. [68]

Es ist zudem schwer einzuschätzen, welche Beeinflussungen unserer Ergebnisse aus der besonderen Zusammensetzung des Samples folgen. Da die Anmeldung zu einem psychosozialen Kurs, die hier die Zugangsvoraussetzung darstellte, sowohl besonderen Weiterbildungsbedarf als auch eine bestehende Sensibilisierung für die Problemfelder des Kurses anzeigen können (was sich im gewissen Sinne aufhebt), und da sich die Befragten in einigen Bereichen als recht heterogen erwiesen haben, gehen wir davon aus, dass kein zu verzerrtes Bild vorliegt. [69]

Auch ist eine gewisse "Künstlichkeit" der Fallvignetten und deren schriftlicher Beantwortung zu kritisieren, die trotz des grundlegend qualitativen Ansatzes eine gewisse Affinität zu experimentellen Designs nicht verhehlen können. Dieses Herangehen macht jedoch Änderungen in den kommunikativen Kompetenzen im Zeitverlauf leichter nachvollziehbar und ermöglicht so – in den Grenzen dieser Methode – eine klare Evaluation der Interventionen. [70]

Weitere Untersuchungen – auch über den onkologischen Arbeitsbereich hinaus – und insbesondere die Erprobung und Evaluation von psychosozialen Trainings wären nun erforderlich. Genaueres Wissen über die hier behandelten Problemfelder könnte sowohl durch statistische repräsentative Erweiterung unseres bzw. ähnlicher Designs als auch durch eine qualitative Vertiefung in natürlicheren Situationen ermittelt werden. [71]

## Danksagung

Die Studie wurde ermöglicht durch eine finanzielle Förderung der Deutschen Krebshilfe e.V.

## Anhang 1: Demografie

		<b>N</b>	<b>Mittelwert (Spannweite)</b>
Berufserfahrung		25	9 Jahre (1-25)
Berufserfahrung mit HNO-Tumorpatient/innen		28	8 Jahre (0-29)
		<b>Median (Spannweite)</b>	
Alter		28	43 Jahre (24-55)
		<b>N</b>	<b>Prozent</b>
Geschlecht	weiblich	25	89
	männlich	3	11
momentane berufliche Stellung	Angestellte/r in Praxis	1	4
	Angestellte/r in Klinik	9	32
	Selbständige/r in eigener Praxis	14	50
	Freie/r Mitarbeiter/in in Praxis	4	14
Vorerfahrungen mit Seminaren dieser Art	ja	8	29
	nein	20	71

Tabelle 5: Demografie der befragten Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen

## Anhang 2: Kategoriensystem

Kommunikationsstil & Definition	Ankerbeispiel
<b>FÖRDERLICH</b>	
<b>Empathie:</b> Wahrgenommene Bedürfnisse oder Gefühle der Patient/innen zurückmelden, Sprache und Metaphern aufgreifen	<i>Sie machen sich Sorgen über den Krankheitsverlauf.</i>
<b>Nachfragen:</b> Patient/innen anregen, Befinden, Bedürfnisse, Wünsche, Ziele zu äußern oder genauer zu spezifizieren	<i>Haben Sie dieses Thema Ihrer Familie gegenüber schon einmal angesprochen?</i>
<b>Ernstnehmen als Selbstexperte/-expertin:</b> Patient/innen als kompetente Expert/innen für sich selbst behandeln, individuelle Wahrnehmung und Handlungsfähigkeit achten	<i>Was denken Sie, weshalb sie sich streiten?</i>
<b>Ressourcen- und Zukunftsorientierung:</b> Den Patient/innen helfen, intrapsychische und interpersonelle Ressourcen zu erkennen	<i>Wie würde es weitergehen, von wem können Sie und Ihre Familie Unterstützung erwarten?</i>
<b>NICHT FÖRDERLICH</b>	
<b>Dirigieren:</b> Ratschläge, Mahnungen oder Befehle aussprechen	<i>Sie beide sollten gleichermaßen Verständnis füreinander aufbringen, aufeinanderzugehen.</i>
<b>Rationalisieren:</b> Einseitig logisch-intellektuell/praktisch-lösungsorientiert vorgehen und Gefühlswelt missachten.	<i>Mittlerweile gibt es viele Vergleichswerte und auch Studien. Reden sie mit dem Arzt über die Resultate, damit sie sich besser orientieren können.</i>
<b>Projizieren/Identifizieren:</b> Eigene Erfahrungen, Gedanken und Gefühle auf die Gesprächspartner/innen übertragen	<i>Ich kann ihre Angst verstehen. Das würde mir auch so gehen.</i>
<b>Moralisieren:</b> Werturteile aussprechen	<i>Denken Sie bitte nicht an so etwas, positiv denken ist wichtig.</i>
<b>Abwehr:</b> Innerlich oder äußerlich auswandern und abschalten, abwehren, gleichgültig sein, Problem herunterspielen, falsche Ressourcenorientierung	<i>Warum soll die Operation negativ verlaufen? Wichtig für uns ist jetzt die logopädische Behandlung.</i>
<b>Generalisieren:</b> Unzulässige Verallgemeinerungen anwenden, die Allgemeinheit gegen den Einzelnen/die Einzelne ausspielen	<i>Menschen haben Angst vor einer Operation.</i>

Kommunikationsstil & Definition	Ankerbeispiel
<b>Expert/innen-Deuten:</b> Als "Experte/Expertin" vorschnell eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen anbieten, eigenwillig und subjektiv auslegen, Dinge hineintragen oder herauslesen, Suggestivfragen	<i>Sie sind durch die schwierige Lage Ihrer Krankheit stark angespannt, ich denke aber, dass Ihre Frau Verständnis für sie hat.</i>
<b>Defizitorientierung:</b> Antwort fokussiert auf Defizite/Pathologien	<i>Macht es Ihnen Angst, aus der Narkose nicht mehr aufzuwachen oder dass die Krankheit so schlimm ist, das es nicht operabel ist?</i>
WEITERES	
<b>Ermutigen:</b> Abstraktes, appellatives Ermutigen, ohne konkreten Bezug auf Ressourcen der Patient/innen	<i>Verlieren Sie nicht den Mut.</i>
Sprachlosigkeit/Hilflosigkeit	<i>Eine genaue Prognose kann ich Ihnen nicht nennen, dafür ist der Arzt zuständig.</i>
Ver-/Überweisungen an Externe	<i>Möchten Sie zusammen mit Ihrer Frau einmal mit dem Psychologen sprechen?</i>
<b>Hilfe anbieten:</b> Therapeut/in bietet sich als Hilfe an.	<i>Bitte wenden Sie sich an mich, wann immer Sie Unterstützung und Hilfe brauchen. Wenn Sie es wünschen, komme ich gerne auch mal zu Ihnen beiden.</i>

Tabelle 6: Kategoriensystem Kommunikationsstilpräferenzen

## Literatur

- Archer, Jo; Hutchison, Iain & Korszun, Ania (2008). Mood and malignancy: Head and neck cancer and depression. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 37(5), 255-270.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Fallowfield, Lesley (1995). Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine. *British Journal of Cancer*, 71(6), 1132-1133.
- Fallowfield, Lesley; Jenkins, Valerie; Farewell, Vern; Saul, Jacky; Duffy, Anthony & Eves, Rebecca (2002). Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: A randomised controlled trial. *Lancet*, 359, 650-656.
- Fogarty, Linda A.; Curbow, Barbara A.; Wingard, John R.; McDonnell, Karen & Somerfield, Mark R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17, 371-379.
- Jenkins, Valerie & Fallowfield, Lesley (2002). Can communication skills training alter physicians beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology*, 20, 765-769.
- Kappauf, Herbert W. (2004). Kommunikation in der Onkologie. *Der Onkologe*, 11, 1251-1260.

Krauß, Oliver (2001). Konstruktion und Evaluation eines Trainingsprogramms zum Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen. *Dissertation, Universität Leipzig, Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie*.

Langewitz, Wolf (2002). Arzt-Patient-Kommunikation, Mitteilen schlechter Nachrichten. In Elmar Brähler & Bernhard Strauss (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S.54-76). Göttingen: Hogrefe.

Maguire, Peter (1999). Improving communication with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 35, 1415-1422.

Maguire, Peter & Pitceathly, Carolyn (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325, 697-700.

Massie, Mary J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 57-71.

Mayring, Philipp (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.

Parle, Michael; Maguire, Peter & Heaven, Cathy (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*, 44, 231-240.

Razavi, Darius & Delvaux, Nicole (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33, S15-S21.

Roter, Debra L.; Hall, Judith A.; Kern, David E.; Barker, Lee R.; Cole, Karan A. & Roca, Robert P. (1995). Improving physicians interviewing skills and reducing patients emotional distress – a randomized clinical-trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877-1884.

Singer, Susanne; Bringmann, Holger; Hauss, Johann; Kortmann, Rolf Dieter; Kohler, Uwe; Krauß, Oliver & Schwarz, Reinhold (2007). Prevalence of concomitant psychiatric disorders and the desire for psychosocial help in patients with malignant tumors in an acute hospital. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132, 2071-2076.

Singer, Susanne; Danker, Helge; Dietz, Andreas; Hornemann, Beate; Koscielny, Sven; Oeken, Jens; Matthäus, Christoph; Vogel, Hans-Joachim & Krauß, Oliver (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: A comparison of 6 methods. *Psycho-oncology*, 17, 280-286.

Stiefel, Friedrich & Razavi, Darius (2006). Informing about diagnosis, relapse and progression of disease – communication with the terminally ill cancer patient. *Recent Results in Cancer Research*, 168, 37-46.

Ullrich, Peter (2006). Das explorative ExpertInneninterview. Modifikation und konkrete Umsetzung der Auswertung von ExpertInneninterviews nach Meuser/Nagel. In Tim Engartner, Diana Kuring & Thorsten Teubl (Hrsg.), *Die Transformation des Politischen. Analysen, Deutungen, Perspektiven* (S.100-109). Berlin: Karl-Dietz Verlag.

Ullrich, Peter (2010, im Druck). Kritik mit Methode? Sieben Thesen zum Verhältnis von Forschungsmethoden und Gesellschaftskritik. In Martin Dege, Till Grallert, Carmen Dege & Niklas Chimirri (Hrsg.), *Möglichkeiten politischen Handelns in den Sozialwissenschaften*. Gießen: Psychosozial.

van't Spijker, Adriaan, Trijsburg, R. Wim, & Duivenvoorden, Hugo J. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293.

Wollbrück, Dorit & Danker, Helge (2006). Psychosozialer Kurs für onkologisch tätige Logopäden und Sprechwissenschaftler. *Forum Logopädie*, 6, 7.

## Zu den Autorinnen und Autoren

*Peter ULLRICH*, Dr. phil.,  
Kulturwissenschaftler/Soziologe,  
Arbeitsschwerpunkte: politische Soziologie  
(politische Bewegungen, Überwachung,  
Erinnerung/Antisemitismus/ Nahostkonflikt) und  
medizinische Soziologie (Prävention und  
Subjektivierung, Versorgungsforschung)

Kontakt:

Peter Ullrich  
Selbständige Abteilung für medizinische  
Psychologie und medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 03419715438

Fax: 03419715419

E-Mail: [ullrich@uni-leipzig.de](mailto:ullrich@uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/ullrich.html>

*Dorit WOLLBRÜCK*, Dipl.-Psych.,  
Psychoonkologin, Arbeitsschwerpunkte:  
psychosoziale Onkologie, psychoonkologische  
Fortbildungen

Kontakt:

Dorit Wollbrück  
Selbständige Abteilung für medizinische  
Psychologie und medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 0341 9715458

Fax: 0341 9715419

E-Mail: [dorit.wollbrueck@medizin.uni-leipzig.de](mailto:dorit.wollbrueck@medizin.uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/>

*Helge DANKER*, Dipl.-Psych.,  
Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie,  
ambulante und stationäre psychoonkologische  
Beratung

Kontakt:

Helge Danker  
Selbständige Abteilung für medizinische  
Psychologie und medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 03419715427

Fax: 03419715419

E-Mail: [helge.danker@medizin.uni-leipzig.de](mailto:helge.danker@medizin.uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/>

*Susanne KUHNT*, Dipl.-Psych.,  
Kommunikationstrainerin, psychologische  
Psychotherapeutin in Ausbildung,  
Arbeitsschwerpunkte: Psychoonkologie  
(Depressionen nach Krebs, krebbsbedingte  
Fatigue, Gesprächsführung in der Onkologie,  
psychoonkologische Beratung).

Kontakt:

Susanne Kuhnt  
Selbständige Abteilung für Medizinische  
Psychologie und Medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 03419715458

Fax: 03419715419

E-Mail: [susanne.kuhnt@medizin.uni-leipzig.de](mailto:susanne.kuhnt@medizin.uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/>

*Elmar BRÄHLER*, Prof. Dr. rer. biol. hum. habil.,  
Leiter der Selbständigen Abteilung für  
medizinische Psychologie und medizinische  
Soziologie, Forschungsschwerpunkte:  
Psychodiagnostik, psychologische Aspekte von  
Fruchtbarkeitsstörungen, Verarbeitung  
chronischer Erkrankungen, Gesundheit/Krankheit  
und Gender, gesundheitliche Identität von Migrant/  
innen, medizin-ethische Fragen in der  
Reproduktionsmedizin, Arbeitslosigkeit und  
Gesundheit, Rechtsextremismus,  
Psychoonkologie

Kontakt:

Elmar Brähler

Selbständige Abteilung für medizinische  
Psychologie und medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 03419718801

Fax: 03419715419

E-Mail: [elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de](mailto:elmar.braehler@medizin.uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/>

*Susanne SINGER*, Dr. rer. med., Dipl.-Psych.,  
MSc Epidemiology, Arbeitsschwerpunkte:  
psychosoziale Onkologie (vor allem im Bereich der  
HNO-Heilkunde; psychische Komorbidität,  
Versorgungsforschung, Lebensqualität),  
Salutogenese

Kontakt:

Susanne Singer

Selbständige Abteilung für medizinische  
Psychologie und medizinische Soziologie  
Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Str. 55  
D-04103 Leipzig

Tel.: 03419715463

Fax: 03419715419

E-Mail: [susanne.singer@medizin.uni-leipzig.de](mailto:susanne.singer@medizin.uni-leipzig.de)

URL: <http://medpsy.uniklinikum-leipzig.de/>

## Zitation

Ullrich, Peter; Wollbrück, Dorit; Danker, Helge; Kuhnt, Susanne; Brähler, Elmar & Singer, Susanne (2010). Psychosoziale Anforderungen an die Therapie mit HNO-Tumor-Patient/innen. Praxiserfahrungen, kommunikative Kompetenzen und Weiterbildungsbedarf von onkologisch tätigen Logopäd/innen und Sprechwissenschaftler/innen [71 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1001220>.