

Diplomarbeit

**„Die Verwendung von Metaphern in der Ärzt*in-
Patient*in-Kommunikation – ein Scoping Review“**

**„The Use of Metaphors in Physician-Patient-Communication – A Scoping
Review“**

eingereicht von

Corbinian Englisch

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie**

an der

**Klinischen Abteilung für medizinische Psychologie,
Psychosomatik und Psychotherapie**

unter der Anleitung von

Priv.-Doz.in Mag.a Dr.in rer. nat. Franziska Matzer

Univ. FA Dr. med. univ. Christian Vajda, MPH

Graz, 20. Oktober 2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI), Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, 20. Oktober 2025

Corbinian Englisch eh.

Danksagungen

Meinen Dank in Worte auszudrücken, die auf diese Seite passen sollen, ist nur schwer möglich. Daher halte ich mich kurz.

Vorneweg möchte ich einen besonderen Dank an meine Diplomarbeitsbetreuerin Franziska Matzer ausrichten. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Sowohl in Zeiten, in denen die Arbeit stagnierte, als auch in anderen, in denen es schnell gehen sollte, war sie stets für mich da.

Ebenso gilt mein Dank der Medizinischen Universität Graz. Ohne die Möglichkeit an dieser Uni Medizin zu studieren, hätte ich diesen Weg niemals beschreiten können. Auch wenn die Zeit fordernd war, durfte ich sie sehr genießen – besonders durch diejenigen Lehrenden, welche nicht nur Wissen, sondern vor allem ihre Begeisterung für das Fach und den Beruf teilten.

Weiters danke ich all den Menschen, die mich über den Lauf meines bisherigen Lebens mitformten und mir die Freude am Leben zeigten:

Meinen Freunden aus meinen mittlerweile drei Heimatorten Bamberg, Lübeck und Graz, wobei ein*e jede*r seinen*ihren persönlichen Pinselstrich hinterlässt. Mein liebstes Hobby ist Zeit mit euch.

Meiner Familie, die mich nie nicht unterstützt. Ihr seid es, die mir die Sorgen nahmt, bedingungslose Liebe schenkt und Zusammenhalt vorlebt. Ihr seid das Fundament, auf das ich mein Leben baue und dem ich blind vertraue. Und bisher lief das Bauen bei euch echt net schlecht.

Meiner Partnerin in Crime, V. Du machst mein Leben zum Abenteuer sondergleichen und dieses Abenteuer kennt kein Ende. Auf jede Sekunde mit dir freue ich mich und für jede davon danke ich dir. Skål!

Zusammenfassung

Einleitung/Forschungsfrage: Metaphern sind ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Kommunikation. Ob zur Beschreibung von Symptomen, zur Erklärung der Pathophysiologie einer Krankheit oder zur Darstellung verschiedener Therapieoptionen für die Entscheidungsfindung mit Patient*innen – bildhafte Sprache wird gerne zur Hilfe gezogen. Dennoch ist unklar, welche Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen mit Metaphern verbunden sind. Dieses Scoping Review hat zum Ziel, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben.

Vorgehen: Es wurde eine systematische Suche in den Datenbanken PubMed und Embase nach empirischen Studien durchgeführt, die den Einsatz von Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation untersuchen. 11 Arbeiten erfüllten die Einschlusskriterien; ihre zentralen Ergebnisse wurden extrahiert und zusammengefasst.

Ergebnisse: Metaphern sind allgegenwärtig und ambivalent in ihrer Wirkung. Während sie bestimmte Funktionen erfüllen, können sie gleichzeitig zu Missverständnis und emotionalen Druck führen. Ihre Wirkung ist stark kontextabhängig – kultureller Hintergrund, individuelle Krankheitsbewältigung und formeller Bildungsgrad sind nur einige der Faktoren, die hier Einfluss nehmen.

Implikationen: Die Ergebnisse legen nahe, dass ein bewusster und reflektierter Einsatz von Metaphern in Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation erforderlich ist. Dies lässt sich nur durch eine Integration des Themas in die medizinische Aus- und Weiterbildung erreichen. Darüber hinaus sind weitere wissenschaftliche Anstrengung auf diesem Gebiet notwendig, um größere, quantitative und multimodale Studien zu fördern, sodass der Einsatz von Metaphern Teil der evidenzbasierten Medizin werden kann.

Abstract

Introduction/Research Question: Metaphors are an essential component of medical communication. Whether used to describe symptoms, explain the pathophysiology of a disease, or present different therapeutic options for shared decision-making with the patient, figurative language is frequently employed. However, the effects and potential side effects of metaphors remain unclear. This scoping review aims to provide an overview of the current state of research on this topic.

Methods: A systematic search was conducted in the databases PubMed and Embase for empirical studies investigating the use of metaphors in physician–patient communication. 11 studies met the inclusion criteria, and their central findings were extracted and synthesized.

Results: Metaphors are omnipresent and ambivalent in their effects. While they can fulfill specific functions, they may simultaneously lead to misunderstandings and emotional pressure. Their impact is highly context-dependent — cultural background, individual coping strategies, and level of formal education are only a few examples of influencing factors.

Implications: The findings suggest that a conscious and reflective use of metaphors in physician–patient communication is necessary. This can only be achieved by integrating the topic into medical education and training. Furthermore, ongoing research efforts are required to promote large-scale, quantitative, and multimodal studies so that the use of metaphors can become part of evidence-based medicine.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Abkürzungen und deren Erklärung | 1 |
| Glossar | 2 |
| Abbildungsverzeichnis | 3 |
| Tabellenverzeichnis | 4 |
| 1 Einleitung | 5 |
| 1.1 Grundlagen | 6 |
| 1.1.1 Grundlagen der Kommunikation..... | 7 |
| 1.1.2 Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation und deren Bedeutung..... | 9 |
| 1.1.3 Metaphern in der Sprache..... | 16 |
| 1.1.4 Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation..... | 20 |
| 1.2 Forschungslücke & Forschungsfrage | 22 |
| 2 Material und Methoden | 23 |
| 2.1 Studiendesign | 23 |
| 2.2 Einschluss- & Ausschlusskriterien | 24 |
| 2.3 Patient*innengruppen | 24 |
| 2.4 Konzept & Kontext | 24 |
| 2.5 Studientypen | 24 |
| 2.6 Suchstrategie | 25 |
| 2.7 Studienauswahl | 26 |
| 3 Ergebnisse – Resultate mit graphischen Darstellungen | 28 |
| 3.1 Narrative Präsentation der Ergebnisse | 32 |
| 3.1.1 Gruppe 1.1..... | 32 |
| 3.1.2 Gruppe 1.2..... | 33 |
| 3.1.3 Gruppe 2.1..... | 36 |
| 3.1.4 Gruppe 2.2..... | 38 |
| 3.1.5 Gruppe 3..... | 40 |
| 4 Diskussion | 42 |
| 4.1 Wichtigste Ergebnisse der Arbeit | 42 |
| 4.2 Einordnung in den Forschungsstand | 43 |
| 4.3 Interpretation und Implikationen | 44 |
| 4.3.1 Ambivalenz als zentrales Muster..... | 44 |
| 4.3.2 Bedeutung des Kontextes..... | 44 |
| 4.3.3 Metaphern und ihre Funktionen..... | 45 |
| 4.3.4 Charakteristika der „guten“ Metaphernutzung..... | 46 |
| 4.3.5 Implikationen für die Praxis..... | 46 |
| 4.3.6 Implikationen für die Forschung..... | 48 |
| 4.4 Limitationen dieser Arbeit | 49 |
| 4.5 Interessenskonflikte | 50 |

| | | |
|-----|-----------------------------------|-----------|
| 4.6 | Ausblick | 50 |
| | <i>Literaturverzeichnis</i> | <i>52</i> |

Abkürzungen und deren Erklärung

JBI – Joanna Briggs Institute

PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

ART – Assistierte Reproduktionstechniken

Glossar

Adverse childhood experiences – potentiell traumatische Ereignisse, die Kinder vor dem 18. Lebensjahr erleben und welche negative und anhaltende Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden haben können, beispielsweise Missbrauch, Vernachlässigung oder Aufwachsen in einem von Sucht oder Gewalt geprägtem Haushalt

Affilitativ – auf Anschluss, Zugehörigkeit oder Gemeinschaft ausgerichtet

Epistemisch – das Wissen, die Erkenntnis oder die Bedingungen des Wissens betreffend

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| ABBILDUNG 1: NACHRICHT UND IHRE VIER SEITEN IM KOMMUNIKATIONSQUADRAT NACH SCHULTZ ON THUN (HTTPS://WWW.WELTLADEN.DE/FUER-WELTLAEDEN/WIKI/155)..... | 8 |
| ABBILDUNG 2: HEXAGRAMM DER ÄRZTLICHEN GESPRÄCHSFÜHRUNG (KOERFER A, C. ALBUS. MANUAL ÄRZTLICHE KOMMUNIKATION (MÄK). 2022) | 13 |
| ABBILDUNG 3: DIE POSITIVE AUSWIRKUNG VON DOKTOR*INNEN-PATIENT*INNEN-KOMMUNIKATION (D-P-K) AUF DEN BEHANDLUNGSERFOLG ÜBER DEN MEDIATOR DER GESTEIGERTEN THERAPIEADHÄRENZ. (ADAPTIERT NACH DU ET AL. 2020;14:2327–36). | 14 |
| ABBILDUNG 4: FLUSSDIAGRAMM FÜR DIE STUDIENAUSWAHL, ANGEPASST NACH PRISMA-SCR..... | 27 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| TABELLE 1: ANGEWANDTE SUCHSTRATEGIEN | 26 |
| TABELLE 2: TABELLARISCHE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE | 31 |

1 Einleitung

„Metaphor is for most people a device of the poetic imagination and the rhetorical flourish - a matter of extraordinary rather than ordinary language. Moreover, metaphor is typically viewed as characteristic of language alone, a matter of words rather than thought or action. For this reason, most people think they can get along perfectly well without metaphor.

We have found, on the contrary, that metaphor is pervasive in everyday life, not just in language but in thought and action. Our ordinary conceptual system, in terms of which we both think and act, is fundamentally metaphorical in nature.“ (1)

Übersetzt:

„Metaphern gelten für die meisten Menschen als ein Mittel dichterischer Imagination und rhetorischer Ausschmückung – als etwas Außergewöhnliches und nicht als Teil der gewöhnlichen Sprache. Außerdem werden Metaphern typischerweise ausschließlich als sprachliches Phänomen betrachtet – als eine Angelegenheit der Worte und nicht des Denkens oder Handelns. Aus diesem Grund glauben die meisten Menschen, dass sie problemlos ohne Metaphern auskommen können.

Wir haben jedoch herausgefunden, dass Metaphern allgegenwärtig im alltäglichen Leben sind – nicht nur in der Sprache, sondern auch im Denken und Handeln. Unser alltägliches konzeptuelles System, mit dem wir sowohl denken als auch handeln, ist seinem Wesen nach grundlegend metaphorisch.“ (eigene Übersetzung¹)

Dieses Zitat aus dem Buch „Metaphors we live by“ von Lakoff & Johnson legt nahe, welchen immanenten Wert das Konstrukt Metapher besitzt (1).

In der Hypnose nach Milton Erickson stellen Metaphern eine gezielte Intervention dar. Sie werden bewusst konstruiert um bei dem*der Patient*in unbewusste Ressourcen zu aktivieren und neue Bedeutungsräume zu öffnen. Sie werden

¹ Alle Übersetzungen fremdsprachiger Zitate wurden vom Verfasser angefertigt

sowohl als Trance-induzierende Mittel, als auch als Veränderungstechniken, zum Beispiel beim Reframing, genutzt um Flexibilität bei dem*der Patient*in zu kreieren und ein indirektes Vermitteln von Lösungsstrategien zu ermöglichen (2).

Im Gegensatz zu dem bewussten Einsatz von Metaphern in der medizinischen Hypnose, benutzen sowohl Ärzt*innen als auch Patient*innen Metaphern oft in spontaner, routinierter Weise, aber meist nicht reflektiert. Auch hier beeinflussen Metaphern durch konzeptuelle Rahmung den Deutungsraum von Beschwerden und strukturieren das Gespräch, allerdings oft unbewusst (3).

Doch gibt es in der empirischen Forschung der letzten Jahre konkrete Ergebnisse zur Anwendung und Wirkung von Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation, um die Metapher als Kommunikationstool bewusst einzusetzen?

1.1 Grundlagen

Um eine Basis für das Verständnis zum behandelnden Thema zu schaffen, werden zunächst die Grundlagen der Kommunikation erläutert.

Danach wird auf die Frage, was gute Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation ausmacht und auf deren Bedeutung für eine erfolgreiches Verhältnis zwischen den Beteiligten eingegangen.

Im Anschluss wird das Konzept der Metapher näher beleuchtet, ihre Aufgabe im alltäglichen Leben dargestellt sowie ihren Nutzen beziehungsweise ihre Risiken ermittelt.

Am Ende des Kapitels wird die Metapher im Kontext der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation betrachtet, inklusive wieso sich ein reflektierter Umgang damit unabdingbar gestaltet.

1.1.1 Grundlagen der Kommunikation

Um eine allgemeine Grundlage für die Kommunikation zu bieten, werden zuerst die Axiome der menschlichen Kommunikation von Paul Watzlawick et al. (4) präsentiert.

„Man kann nicht nicht kommunizieren“ (4). Aus diesem ersten Axiom zur menschlichen Kommunikation ist ersichtlich, dass Kommunikation unumgänglich ist. „Jede Kommunikation ist Verhalten, und genauso wie man sich nicht nicht verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren“ (4). Sobald sich zwei Menschen wahrnehmen wird kommuniziert und diese Kommunikation hat immer Wirkung auf andere (4).

Jede Kommunikation hat außerdem einen Inhaltsaspekt, sowie einen Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt meint, was kommuniziert wird, während der Beziehungsaspekt meint, wie kommuniziert wird; wobei letzterer den ersteren bestimmt. Wie etwas mitgeteilt wird beeinflusst entscheidend, wie der Inhalt verstanden wird (4).

Hinzu kommt, dass Kommunikation sowohl digital als auch analog ausgeführt wird (4).

Digital meint hierbei die verbale Sprache, die logischen grammatikalischen Regeln folgt und damit sehr präzise Inhalte zulässt. Allein kann sie allerdings Emotionen und den Beziehungsaspekt nur bedingt transportieren (4).

Analog meint die non-verbale Sprache inkl. Mimik, Gestik, Körperhaltung, Tonfall, Blickkontakt, aber auch Zeichnungen und Bilder. Durch diese lassen sich Emotionen und Beziehungsaspekte mitteilen, während allerdings analoge Sprache mehrdeutige Interpretationen zulässt. Sowohl digitale als auch analoge Sprache findet gleichzeitig und untrennbar im zwischenmenschlichen Gespräch statt (4).

Jeder Beteiligte stellt im Gespräch gleichzeitig Sender und Empfänger dar. Kommunikation ist somit immer Ursache und Wirkung und hat keinen linearen Verlauf, sondern einen zyklischen mit objektiv gesehen keinem Anfangspunkt. Kommunikationspartner beeinflussen sich gegenseitig in einer fortlaufenden Wechselwirkung, sodass es keine alleinige Ursache für den Verlauf eines Gesprächs gibt (4).

Die Beziehung zwischen Gesprächspartnern ist entweder symmetrisch oder komplementär aufgebaut. Während eine symmetrische Kommunikation darauf baut, dass sich die Teilnehmer*innen als gleichrangig ansehen und danach streben Ungleichheiten zu minimieren, lebt eine komplementäre Kommunikation von einer ungleichen Rollenverteilung in eine führende und eine folgende Rolle. Beispiele für überwiegend symmetrische Beziehungen sind Freundschaften, kollegiale Beziehungen und ausgeglichene Partnerschaften. Überwiegend komplementäre Beziehungen sind klassischerweise Eltern-Kind, Chef*in-Mitarbeiter*in, Lehrer*in-Schüler*in oder Ärzt*in-Patient*in. Die meisten Beziehungen sind dynamisch und beinhalten oft Mischungen. Solange beide Parteien ihre Rolle akzeptieren bzw. gemeinsam dynamisch zwischen Symmetrie und Komplementarität wechseln, entstehen keine Kommunikationsprobleme (4).

Nach dem Kommunikationsquadrat von Schultz von Thun gibt es vier Seiten einer Nachricht: Die Sachinformation, die Selbstoffenbarung, die Beziehungsebene und den Appell. Der*Die Sender*in versucht im besten Fall die Nachricht so zu kommunizieren, dass die Seite, die ankommen soll, auch so interpretiert werden kann. Gleichzeitig hat der*die Empfänger*in die Freiheit, die Botschaft unter einer der vier Seiten zu interpretieren, was auch nicht der Absicht des*der Sender*in entsprechen kann (5) (Abb. 1).

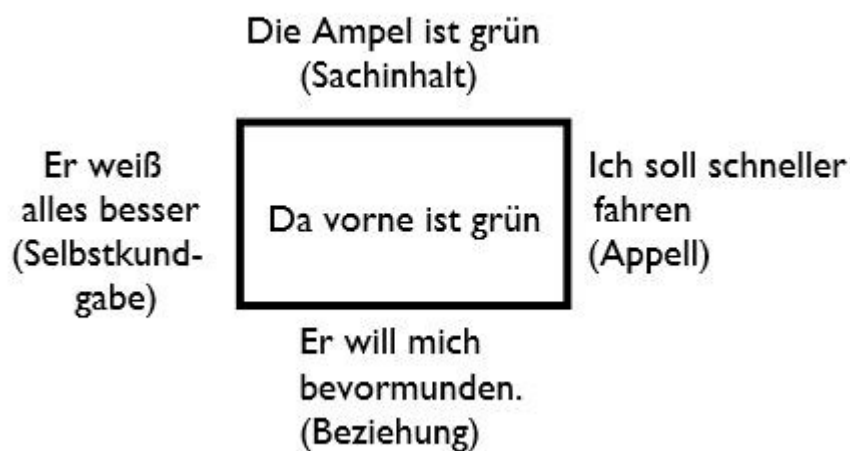


Abbildung 1: Nachricht und ihre vier Seiten im Kommunikationsquadrat nach Schultz von Thun
(<https://www.weltladen.de/fuer-weltlaeden/wiki/155>)

1.1.2 Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation und deren Bedeutung

In diesem Kapitel werden die Grundlagen zum Ärzt*in-Patient*in-Gespräch näher beleuchtet.

Zuerst wird auf die Grundhaltungen des*der Ärzt*in und deren Funktionen eingegangen. Im Anschluss wird der Ablauf eines Patient*innen-zentrierten Gesprächs beschrieben.

1.1.2.1 Grundhaltungen und Funktionen des Ärzt*in-Patient*in-Gespräch

Nach Rogers et al. gibt es für die therapeutische Gesprächsführung drei Grundhaltungen, welche dem Gespräch einen heilbringenden Rahmen verschaffen. Diese sind Kongruenz, Empathie und Akzeptanz (6).

Kongruenz meint die Echtheit des*der Therapeut*in, die Übereinstimmung der äußeren Ausdrucksweisen mit dem inneren Erleben. So merkt der*die Patient*in, dass er*sie dem Menschen gegenüber vertrauen und so sich selbst öffnen und echt präsentieren kann (6).

Empathie ist die Fähigkeit, sich wertfrei in die innere Welt des*der Patient*in hineinzusetzen und diese aus dessen*deren Sichtweise nachzuvollziehen. Dieses echte Mitfühlen birgt die Möglichkeit weiterer Öffnung des*der Patient*in und stellt ein Schlüsselement der heilenden Beziehung dar (6).

Akzeptanz meint die Wertschätzung des*der Patient*in in seiner*ihrer Ganzheit. Unter dieser bedingungslosen Wertschätzung, erhält der*die Patient*in die Freiheit, all seine*ihre Gefühle und Gedanken offen auszudrücken, ohne Wertschätzung und Achtung zu verlieren (6).

Nach Speierer bestehen für das ärztliche Gespräch vier grundlegende Funktionen. Diese bestehen aus kommunikativer, diagnostischer, informativer sowie beratender/therapeutischer Funktion. Diese Dimensionen können nicht scharf voneinander getrennt werden, auch gibt es keine Gesprächstechniken die ausschließlich einer bestimmten Funktion dienlich sind (7).

1.1.2.2 Konzeptuelle Grundlagen der verbalen Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation

Das kritische Scoping Review „The Basic Science of Patient-Physician Communication“ von Forsey et al. 2021 identifiziert die konzeptuellen Grundlagen der verbalen Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation (8).

Sechs zentrale Kategorien verbaler Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation wurden gefunden (8).

Die erste Kategorie lautet Klarheit und Explizitheit. Hierbei geht es um eine an das Niveau des*der Patient*in angepasste Sprache, welche gleichzeitig die Informationen eindeutig übermittelt. Jedoch ist diese Explizitheit nicht in jeder Situation angebracht. Sie muss sich nach den emotionalen Bedürfnissen und Präferenzen des*der Patient*in richten (8).

Als zweite Kategorie wird die Patientenaktivierung und -beteiligung angeführt. Hierbei handelt es sich um eine Sprache, die zur aktiven Partizipation am Gespräch, an medizinischen Entscheidungen sowie an dem eigenen Gesundheitsverhalten des*der Patient*in ermutigt (8).

Die dritte Kategorie beinhaltet den epistemischen Zugang, Autorität und Macht. Oft wird eine Sprache verwendet, welche die alleinige Wissensautorität beim*bei der Ärzt*in belässt. Für eine patientenzentrierte Kommunikation sollte diese Asymmetrie abgebaut werden und das Machtgefälle durch ein Einbeziehen des Wissens des*der Patient*in relativiert werden (8).

Die vierte Kategorie bezieht sich auf affiliative Sprache und emotionale Bindung. Durch Sprache die emotionale Nähe herstellt, wird Empathie und Vertrauen aufgebaut. So wird die Möglichkeit für Offenheit im Gespräch eröffnet und damit der Austausch von persönlicheren Informationen (8).

Die fünfte Kategorie beinhaltet Sprache, die Rollen und Identitäten schafft. Sowohl der*die Patient*in als auch die*der Ärzt*in erfüllt über diese bewusst oder unbewusst eine bestimmte Rolle. So können Patient*innen in ihrer Identität wahrgenommen und respektiert werden, sowie kann sprachlich vermittelt werden, dass Sorgen dieser ernst genommen werden (8).

Die letzte Kategorie bezieht sich auf Sprache zum Management von Transaktion und Beziehung. Diese fördert gleichzeitig den Austausch medizinischer

Informationen und steuert die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. So kann sowohl inhaltliche Ziele erreicht werden als auch zwischenmenschliches Vertrauen aufgebaut werden (8).

1.1.2.3 Ablauf des Ärzt*in-Patient*in-Gesprächs

Nach Köhle kann das personenzentrierte Ärzt*in-Patient*in-Gespräch in sechs grundlegende Schritte und Funktionen untergliedert werden (9).

Der erste Schritt dient dem Beziehungsaufbau. Es soll "durch eine freundliche Begrüßung und persönliche Vorstellung (Name, Funktion) sowie durch eine angenehme, bequeme Situierung und Orientierung (Zeit, Ziele) eine tragfähige, vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre hergestellt werden" (9). Ziel ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich Patient*innen sicher und respektiert fühlen, um ein offenes Gespräch zu ermöglichen (9).

Im zweiten Schritt („Anliegen anhören“ (9)) sollen die Patient*innen die Möglichkeit bekommen, dem*der Ärzt*in das persönliche Anliegen kundzutun. Dabei ist von ärztlicher Seite aktives Zuhören gefordert, um durch das subjektive freie Erzählen Zugang zur Wirklichkeit der Gegenseite, inklusive der Gefühlswelt, zu erhalten (9).

Durch den dritten Schritt („Emotionen zulassen“ (9)), soll durch anerkennendes und trostpendendes ärztliches Feedback Empathie vermittelt werden, welche der weiteren Selbsterkundung der Patientenseite dient. Beispiele hierbei sind mitfühlendes Spiegeln der Emotionen sowie vorsichtiges Interpretieren (9).

Als vierten Schritt („Details explorieren“ (9)) übernimmt der*die Ärzt*in behutsam die führende Rolle des Gesprächs und erschließt durch explizite Fragen die noch benötigten Informationen für die Anamnese. Wichtig ist, nicht in ein Kreuzverhör zu verfallen, sondern sich von offenen zu geschlossenen Fragen hinzuarbeiten (9).

Im fünften Schritt („Vorgehen abstimmen“ (9)) wird im Dialog mit dem*der Patient*in die weiteren Schritte der Diagnostik und Therapie zu klären. Nachdem die Erwartungen der Patient*innenseite erfragt wurden werden die ersten Untersuchungsergebnisse bzw. Arbeitsdiagnosen verständlich erklärt. Danach soll

mittels partizipativer Entscheidungsfindung gemeinsam ein Plan für die weiteren Schritte (beispielsweise Untersuchungen, Therapie) entwickelt werden um eine Transparenz zu gewährleisten, sowie auf die Wünsche des*der Patient*in eingehen zu können (9).

Der sechste und letzte Schritt beinhaltet das “Resümee ziehen” (9). Hierbei fasst der*die Ärzt*in die wichtigsten Ergebnisse und Entscheidungen zusammen und eventuelle Missverständnisse werden geklärt. Außerdem wird die weitere Betreuung gesichert durch Vereinbarung von Folgeterminen sowie Hinweise was bis zum nächsten Termin zu tun bzw. zu beachten ist. Der Bogen soll zum ersten Schritt gespannt werden um das Vertrauen und die Beziehung in die Zukunft zu verlängern (9).

Das Manual nach Köhle betont, dass der Kern des Gesprächs, die Schritte zwei bis fünf, nicht starr abgearbeitet werden müssen. Stattdessen verlaufen Anamnese und Gespräch kreisförmig, wobei der*die Patient*in oft zwischen Emotionen, Anliegen und Details hin- und herspringt. Zunächst folgt der*die Ärzt*in den spontanen Patient*innenimpulsen, um danach gezielt den Faden aufzunehmen und in die Struktur überzuleiten. Dadurch entsteht ein “dialogischer, zirkulärer Austauschprozess” (9) (Abb. 2).

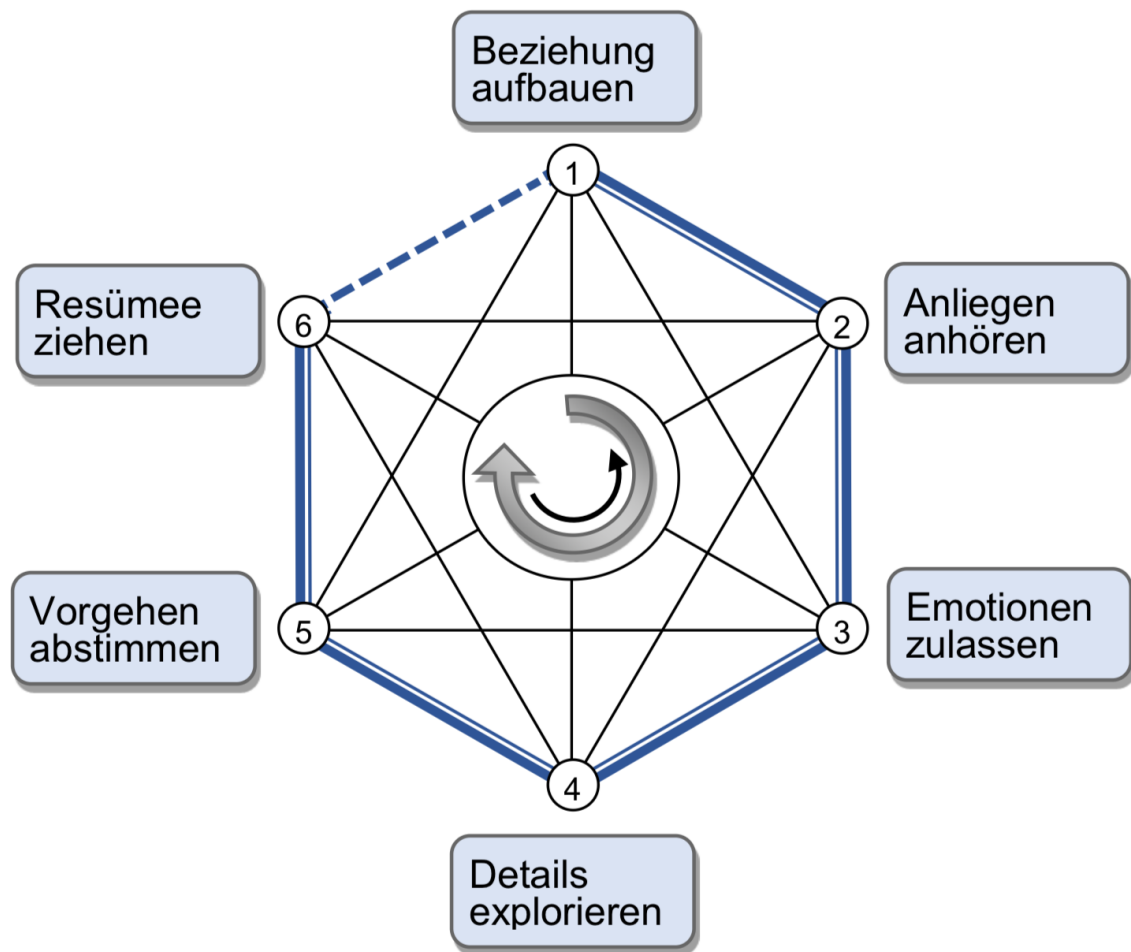


Abbildung 2: Hexagramm der ärztlichen Gesprächsführung (Koerfer A, C. Albus. Manual Ärztliche Kommunikation (MÄK). 2022)

1.1.2.4 Auswirkungen guter Patient*innen-zentrierter Kommunikation

Zum einen bietet klare und Patient*innenorientierte Kommunikation einen positiven Einfluss auf die Gesundheit des Menschen. Sowohl Krankheitssymptome nehmen ab, der Krankheitsverlauf wird milder und die Lebensqualität trotz Krankheit steigt (10–12). Hierbei spielt auch die Zunahme der Genauigkeit der Diagnosestellung eine Rolle (13).

Durch eine, aus guter Kommunikation folgende, partizipative Entscheidungsfindung wird eine bessere Therapieadhärenz generiert, was

bedeutet, dass Patient*innen länger und qualitativer ihre Therapie fortführen und somit der Behandlungserfolg zunimmt (14,15) (Abb. 3).



Abbildung 3: Die positive Auswirkung von Doktor*innen-Patient*innen-Kommunikation (D-P-K) auf den Behandlungserfolg über den Mediator der gesteigerten Therapieadhärenz. (adaptiert nach Du et al. 2020;14:2327–36).

Sowohl bei Ärzt*innen als auch bei Patient*innen ist durch eine gute Kommunikation eine erhöhte Zufriedenheit messbar (12,16).

Außerdem kommt es zu weniger Beschwerden und Klagen (17) sowie zu Kostenersparnissen durch weniger überflüssiger Diagnostik und Überweisungen (18).

Entgegen der Meinung, gute Kommunikation würde mehr Zeit in Anspruch nehmen, welche in der Praxis nicht verfügbar sei, fand man heraus, dass eine Umstellung auf Patient*innenzentrierte Kommunikation die Konsultationen nicht verlängerten (19). Im Gegenteil: Wird bei Konsultationen auf emotionale Hinweisreize geachtet, ist die Dauer um bis zu 12,5% kürzer als bei Gesprächen in denen nicht darauf geachtet wird (20,21).

Welche Kommunikationsdimensionen differenziert das Gesundheitsoutcome verbessern, zeigen Riedl & Schüßler anhand ihres systematischen Reviews (22).

Viele Studien zeigen, dass ein guter Beziehungsaufbau positive Auswirkungen auf subjektive und objektive Gesundheitsparameter hat (22). So wurde die Qualität der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung als wichtigster Prädiktor der Patient*innenzufriedenheit und einer gleichzeitig geringeren subjektiven Symptombelastung identifiziert (23). Außerdem wurde eine verbesserte Beziehung mit einem besseren zwischenmenschlichen Austausch und erhöhter Patientenaktivierung (24), höherer Adhärenz bei der Einnahme von Medikamenten

(25), einer reduzierten Patientenunsicherheit (26) und einer erhöhten Placebo-Antwort assoziiert (27).

Ebenso zeigten die meisten Studien, dass auch auf objektiver Ebene eine gute Ärzt*in-Patient*in-Beziehung direkten positiven Einfluss auf Gesundheitsparameter hat (22):

So zeigte sich, dass das durch die gute Beziehung verbesserte Gesundheitsverhalten mit einem messbar besseren Gesundheitsstatus einherging (28). Eine gesteigerte Empathie des*der Ärzt*in korrelierte mit einem besseren Gesundheitszustand der Patient*innen (29), genauso wie eine partizipative Entscheidungsfindung über eine bessere Patient*innen-Aktivierung und gebesserte Therapieadhärenz (30).

Die zweite Kommunikationsdimension stellt die Patient*innenedukation dar, welcher als meist untersuchter Kommunikationsbereich gilt und durchgehend eindeutig positive Effekte auf Gesundheitsoutcomes verzeichnete (22):

In mehreren Studien zeigte eine verbesserte Informationsvermittlung an Patient*innen eine signifikante messbare Besserung der jeweiligen klinischen Krankheitsparametern (22). Es ließ sich eindeutig feststellen, dass eine gezielte Patient*innenaufklärung bessere Krankheitsverläufe oder Gesundheitsmesswerte produzierte (31–36).

Ebenso stiegen subjektive Gesundheitsparameter durch verbesserte Patient*innenedukation (22). Das Erfragen der individuellen Bedürfnisse nach Informationen inklusive einer an den Bedarf angepassten Aufklärung ließ die Unsicherheit auf Patient*innenseite sinken, während die Zufriedenheit stieg (37). Außerdem stieg die empfundene Lebensqualität signifikant durch ausführliche Patient*innenedukation (38–42).

Die dritte Kommunikationsdimension die zu besseren Outcomes der Patient*innengesundheit führt ist das allgemeine Kommunikationsverhalten, unter welches patient*innenzentrierte Gesprächsführung, aktives Zuhören sowie offene Kommunikation fallen (22):

Es kam durch patient*innenzentrierte Kommunikation zu besserer emotionaler Gesundheit sowie weniger diagnostischen Tests und Überweisungen (43). Ärzte und Ärztinnen, die entwickelte kommunikative Fähigkeiten hatten, erkundigten sich öfter nach den Sorgen und Bedürfnissen der Patient*innen, förderten körperliche

Aktivität, halfen beim Setzen von Gesundheitszielen (32), boten bessere emotionale Unterstützung (44) und verordneten seltener unnötige Antibiotika (45). Durch bessere kommunikative Kompetenzen kam es zu geringeren Depressionswerten der Patient*innen (44) und zu einer Erhöhung der gesundheitspezifischen Lebensqualität (38).

Die vierte Dimension beinhaltet die emotionale Kommunikation und den Umgang mit Emotionen. Darunter fallen das Ansprechen und Verarbeiten von Gefühlen, sowie das Wahrnehmen und Verarbeiten emotionaler Signale. Die Krankheitsbewältigung wird hierbei gestärkt, indem der*die Patient*in aktiv in die emotionale Aufarbeitung mit der Erkrankung einbezogen wird, was das Coping mit der Krankheit sowie deren Akzeptanz erleichtern kann (22).

So sank die Angst der Patient*innen signifikant, nachdem deren behandelnde Ärzt*innen ein Training zum Erkennen psychischer Belastung absolviert hatten (46).

Die fünfte Kommunikationsdimension gilt der Förderung des behandlungsbezogenen Verhaltens. Diese wird vor allem über die Punkte des Beziehungsaufbaus bzw. der Patient*innenedukation erreicht (22). Ist der*die Patient*in bereit aktiv am Krankheitsmanagement teil zu nehmen, gilt dies als Schlüsselfaktor für Adhärenz (25). Erhält der*die Patient*in notwendige Patient*innenschulungen, wächst die Fähigkeit Erkrankungen, vor allem komplexer chronischer Natur, kontrolliert zu bekommen (33–35,47), Patient*innen sind unabhängiger von professionellem Rat um Gesundheitsentscheidungen zu treffen (48) und eine objektiv messbare Erhöhung der Lebensqualität wird messbar (40).

1.1.3 Metaphern in der Sprache

Das deutsche Wort Metapher kommt von dem griechischen Wort *metaphorá*, was so viel wie „anderswohin tragen“ (49) bedeutet. Die Metapher bezeichnet ein sprachliches Mittel, mit welchem ein Ausdruck aus seinem ursprünglichen Bedeutungszusammenhang in einen anderen bildlich übertragen wird. Dieser

Zusammenhang wird ohne einen direkten Vergleich zwischen Bezeichnetem und Bezeichnendem verdeutlicht (49).

Lakoff & Johnson stellten 1980 in ihrem Buch „*Metaphors we live by*“ die These auf, dass Metaphern nicht bloß sprachliche Stilmittel, sondern grundlegende Strukturen des menschlichen Denkens und Handelns sind (1). Die meisten Studien, die die Beziehung zwischen der Medizin und Metaphern versuchen zu ergründen, beziehen sich auf diese Sichtweise (50).

Während für die meisten Menschen Metaphern eher als Teil von Poesie und Rhetorik gelten, machen Lakoff & Johnson die Beobachtung, dass die Natur unseres alltäglichen Denkens und Handelns fundamental metaphorisch ist. Dieses gewohnte, auf Metaphern basierende, konzeptuelle System, ist verantwortlich dafür, wie wir unser Erlebtes einordnen, wie wir durch diese Welt gehen, wie wir zu anderen und anderem stehen und spielt im Zuge dessen eine Hauptrolle wie wir unsere persönlichen Realitäten determinieren (1).

Als Beispiel wird das Konzept „Argumentative Auseinandersetzung ist Krieg“ angeführt. Als Resultat dieses Konzepts können wir überhaupt erst eine Diskussion gewinnen oder verlieren, können Strategien anwenden, können unsere Positionen in eine gewinnbringendere ändern, können Boden dazugewinnen oder verlieren und sehen die Person gegen die wir argumentieren als Gegner*in. In unserer Kultur leben und erleben wir dieses metaphorische Konzept und dadurch beeinflusst es unser Handeln, wenn es um argumentative Auseinandersetzungen geht (1).

Ein Beispiel für ein alltäglicheres metaphorisches Konzept wäre die Metapher „Zeit ist Geld“. In unserer industrialisierten Welt haben wir angefangen die Zeit als kostbare Ware anzusehen. Wir investieren Zeit, sparen uns Zeit, verlieren Zeit, bedanken uns für die Zeit die andere mit uns teilen, haben Zeit übrig und wollen keine Zeit verschwenden. Weil unsere Gesellschaft „Zeit ist Geld“ lehrt und lebt, handeln wir danach, als ob Zeit eine wertvolle Ware wäre und erleben Zeit auch dementsprechend. Diese Art und Weise wie wir Bezug auf Zeit nehmen existiert erst seit relativ kurzer Zeit in der menschlichen Rasse, aber keineswegs existiert diese Handhabe in allen Gesellschaften (1).

Allerdings sind wir unseres konzeptuellen Systems normalerweise weniger bewusst. Da Kommunikation demselben konzeptuellen System wie Denken und

Handeln unterliegt, lohnt es sich unsere Sprache als Referenz zu nutzen, um Herauszufinden wie unser metaphorisches konzeptuelles System aussieht (1).

1.1.3.1 Arten & Organisation von Metaphern

Es werden drei Haupttypen von Metaphern unterschieden (1):

Der erste ist die strukturelle Metapher. Dieser Typ ordnet einen komplexen Bereich durch einen anderen. Beispiel hierfür wäre die oben genannte Metapher „Argumentative Auseinandersetzung ist Krieg“. Während bestimmte Aspekte hierdurch hervorgehoben werden, zum Beispiel „die Diskussion verloren“ oder „seinen Standpunkt verteidigen“, bleiben andere verdeckt, zum Beispiel „einen Konsens bilden“ (1).

Der zweite Typ nennt sich Orientierungsmetapher. Diese ordnen abstrakte Begriffe anhand einer räumlichen Orientierung wie oben/unten, innen/außen oder vorne/hinten. Beispiele wären „Hochstimmung“, „niedergeschlagen sein“, „aufwachen“, „in Ohnmacht fallen“, „auf gesundheitlicher Höhe sein“, „ihre Gesundheit nimmt ab“, „übernatürlich sein“, „unterdurchschnittlich sein“, „von hohem Rang sein“ oder „unter Kontrolle sein“ (1).

Der dritte Typus sind ontologische Metaphern. Hierbei werden abstrakte Phänomene als Objekte oder Substanzen begreifbar gemacht. Beispiel hierfür wäre „Inflation ist eine Entität“. Hierdurch können wir sagen „die Inflation senkt unseren Lebensstandard“, „wir müssen Inflation bekämpfen“, „die Inflation drängt uns in die Ecke“ oder „die Inflation macht mich krank“. Eine Subkategorie der ontologischen Metapher ist die Personifikation, bei der etwas Abstraktes als Person spezifiziert wird. Hierdurch können „Theorien erklären“, „Religionen erzählen“ oder die „Inflation uns berauben“. Eine weitere Subkategorie ist die Metonymie, bei der ein Konzept durch ein eng verbundenes ersetzt wird. Zum Beispiel das „weiße Haus“ für die US-Regierung oder „einen Picasso“ für ein Gemälde (1).

Metaphern existieren nicht isoliert, sondern sind stattdessen systematisch organisiert. Diese metaphorischen Konzepte ziehen andere nach sich: „Zeit ist Geld“ zieht „Zeit ist eine limitierte Ressource“ nach sich, während diese „Zeit ist eine wertvolle Ware“ nach sich zieht. Durch diese Subkategorisierung bildet sich ein Mischsystem für metaphorische Konzepte, welches die Gesellschaft prägt. In diesem Fall unsere ökonomische Praxis: Lohn wird pro Stunde ausgezahlt, wir haben jährliches Budget, zahlen Zinsen pro zeitliche Einheit bei Krediten oder begleichen unsere Schuld gegenüber der Gesellschaft indem wir unsere Zeit im Gefängnis absitzen. Gleichzeitig gilt oben genanntes: Metaphern bzw. metaphorische Konzepte heben bestimmte Aspekte vor, während andere verdeckt werden. Wer Zeit wie Geld handhabt, versteht diese als knappe Ressource aber nicht als qualitativen Erfahrungsraum. Dies macht deutlich, dass Metaphern nicht nur beschreiben, sondern auch Perspektiven vorgeben (1).

Metaphern beruhen oft auf körperlicher Erfahrung: Wohlsein geht meist mit einer aufrechten Körperhaltung und festem Stand einher, während Unwohlsein mit zusammengesackter Körperhaltung und Liegen einhergeht. Wir stehen auf beim Aufwachen und Legen uns hin beim zum Schlafen. Physische Stärke korreliert oft mit physischer Größe und der Sieger eines physischen Kampfes ist normalerweise obenauf. Status ist assoziiert mit (sozialer) Stärke und wer (physisch) stark ist, ist obenauf. Wie es bei Orientierungsmetaphern unsere Erfahrung mit räumlicher Orientierung ist, die die Basis für diese Art von Metaphern darstellt, sind es bei ontologischen Metaphern unsere Erfahrungen mit physischen Objekten. Durch diese schaffen wir Wege wie wir beispielsweise Ereignisse, Aktivitäten und Emotionen als Entitäten oder Substanzen sehen (1).

Dennoch variieren metaphorische Strukturen kulturell, da die fundamentalsten Werte einer Kultur kohärent sind mit deren fundamentalsten Konzepten. Zum Beispiel ist in unserer Kultur die oben/unten Orientierung, oft im Sinne von oben ist besser, unten ist schlechter, stark vertreten, während in anderer Kultur die Balance oder die Zentralität die Priorität hat (1).

1.1.3.2 Konsequenzen metaphorischer Konzepte

Die Konsequenzen für unser Leben sind weitreichend. Metaphern beziehungsweise metaphorische Konzepte sind nicht neutral, sie können Realitäten kreieren, können unser Handeln beeinflussen und in diesem Sinne selbsterfüllende Prophezeiungen sein. Ebenso geben sie Politik und Wirtschaft einen Rahmen und schränken dadurch das Leben Einzelner gravierend ein (1). Die empirische Forschung aus Neurowissenschaften, Psychologie und Linguistik bestätigt die Grundannahmen: Metaphern sind allgegenwärtig, meist unbewusst und tief in unserem Gehirn verankert. Metaphern sind die Grundlage menschlicher Kognition (51).

1.1.4 Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation

Metaphern sind die Grundlage menschlicher Kognition und damit auch unserer Kommunikation (51).

Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation ist wesentlich mehr als ein bloßer Austausch objektiver Informationen über Diagnose und Therapie. Sie ist stark geprägt von Bildern, Analogien und Metaphern die versuchen komplexe medizinische Inhalte verständlich zu machen (52–54).

Bereits 1978 ist Susan Sontag in „Illness as metaphor“ aufgefallen, dass bestimmte kulturell etablierte Krankheitsmetaphern, wie „Krebs als Invasion“, mit Stigmatisierung verbunden sind. Dadurch kommt sie zu dem Schluss, dass die wahrheitsgemäße Umgangsweise mit Krankheit diejenige ist, die am wenigsten von metaphorischem Denken geprägt ist (55).

Demgegenüber argumentiert Coulehan 2003, dass Metaphern nicht abgeschafft werden können, sondern zentraler Bestandteil der klinischen Praxis darstellen. Patient*innen begegnen dem*der Ärzt*in im Gespräch mit metaphorischen Beschreibungen ihrer Krankheit, wie zum Beispiel „Kampf“, „Last“ oder „Reise“. Für die therapeutische Beziehung ist es entscheidend, diese Metaphern zu erkennen und sensibel aufzugreifen da diese eine Quelle für Sinnhaftigkeit und Verbundenheit darstellen (52).

Metaphern sind auch aus empirischer Sicht allgegenwärtig und erfüllen verschiedene kommunikative Funktionen: Sie können komplexe Informationen verständlich machen, die Ärzt*in-Patient*innen-Beziehung festigen und partizipative Entscheidungsfindung vereinfachen. Gleichzeitig können Metaphern negative emotionale Reaktionen auslösen sowie zu Missverständnissen führen (54).

Für die Gestaltung von Beratungsgesprächen zwischen Ärzt*in und Patient*in haben Metaphern hohe Relevanz. Sie eröffnen Deutungsrahmen, strukturieren Argumentationen und können Patient*innen ermutigen und entmutigen. Daher sind diese, gerade im Bereich der Prävention und Lebensstilberatung steuernde Werkzeuge für den Wissenstransfer auf edukativer Ebene und für eine partizipative Entscheidungsfindung (53).

Kamps sieht den*die Patient*in selbst als Metapher. Er befürwortet den*die Patient*in als „Text“ zu verstehen, welcher gelesen, interpretiert und verstanden werden muss. Damit stellt er die subjektive Dimension des Krankseins in den Vordergrund, die deutlich wird, wenn man „lesen lernt“ was Patient*innen durch ihre Sprache, Metaphern und Erzählungen mitteilen. So kann wirklich auf den*die Patient*in eingegangen werden, eine Beziehung aufgebaut werden und Erfahrungen gedeutet werden. Krankheitserfahrungen sind oft mehrdeutig und dadurch schwer klar beschreibbar. Versteht man den*die Patient*in inklusive individueller und kultureller Hintergründe, kann man kontextsensible Metaphern verstehen und verwenden um Verständnis rund um die Krankheit zu fördern und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen (56).

Ten Have und Gordijn betonen, dass Metaphern nicht nur in Sprache, sondern im Denken und Handeln unausweichlich sind. In aufgezeichneten Gesprächen zwischen Onkolog*innen und schwerkranken Patient*innen zeigte sich, dass die Mediziner*innen fast in jedem Gespräch mindestens eine Metapher einsetzten. Sie warnen vor normativen Implikationen durch Metaphern, welche einerseits gewisse Aspekte mit dem Umgang der Krankheit hervorheben, während andere Aspekte verloren gehen. Beispielsweise kann der „Kampf gegen Krebs“ Durchhaltewillen und Orientierung geben, andererseits Schuld, falls der „Kampf“ verloren wird. Es ist also erforderlich Metaphern nicht nur als Mittel zur

Verständlichkeit zu sehen, sondern auch die Werteordnung dahinter und deren Einfluss auf Kommunikation und Behandlung (57).

Eine historische Analyse von Masukume und Zumla, die bis ins 19. Jahrhundert zurückreicht, zeigt, dass Metaphern nicht nur bildhafte Beschreibungen waren, die die Diagnosestellung unterstützt haben, bevor diagnostische Technologien verfügbar waren. Sie ermöglichten auch seit jeher eine anschauliche Kommunikation mit Patient*innen. Viele dieser historischen Metaphern sind noch heute in medizinischen Lehrbüchern sowie im klinischen Sprachgebrauch üblich, was zeigt, dass medizinische Sprache selbst stark metaphorisch geprägt ist, auch wenn dieser metaphorische Gebrauch oft unbewusst ist (58).

Auch Medizinstudierende zeigten in simulierten Beratungsgesprächen, dass sie Metaphern sehr häufig verwenden. Allerdings ohne sich über deren Wirkung und Nebenwirkung im Klaren zu sein. Dies verdeutlicht, wie sehr der bewusste Umgang mit Metaphern Teil der ärztlichen Kompetenzen sein sollte und damit auch integraler Bestandteil des Medizinstudiums um den Umgang sensibel der Situation angepasst zu gestalten (59).

1.2 Forschungslücke & Forschungsfrage

Während es einige empirische Arbeiten gibt die das Thema Metaphern in Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation anschneiden bzw. betreffen, gibt es kaum Übersichtsarbeiten dazu. Aus dieser Forschungslücke entstand die Frage nach einer systematischen Arbeit, welche den aktuellen Stand der Wissenschaft zu diesem Thema abzubilden versucht. Gibt es medizinische Fachbereiche, welche in diesem Hinblick gut untersucht sind während andere nicht gut genug abgebildet sind? Gibt es klare Implikationen für die Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation? Oder ist der Umgang mit Metaphern in dieser Art von Kommunikation von Ärzt*in zu Patient*in ausschließlich individuell zu betrachten? Gibt es Arbeiten die einen Unterschied zwischen Geschlechtern oder Kulturen herausarbeiten? Wo gibt es Forschungsbedarf?

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Um die Frage nach einer solchen systematischen Übersicht bearbeiten zu können erfolgte die Arbeit im Stil eines Scoping Reviews nach JBI-Methodologie (Joanna Briggs Institute) (60).

Das Scoping Review gehört zu den Reviews zu Studien der Primärforschung. Da die evidenzbasierte Praxis im Gesundheitswesen weiterhin Einzug hält und die Anzahl an Studien enorm zunimmt, sind solche Reviews zunehmend wichtiger. Das Scoping-Review wird genutzt, wenn erst einmal eine Orientierung über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf ein gewisses Thema geschaffen werden soll. Außerdem, um vorläufige Definitionen zu generieren, oder Themenfelder voneinander abgrenzen zu können. Im Prinzip bündeln sie den aktuellen Forschungsstand, weisen auf Forschungslücken hin und können für benötigte zukünftige Wissenschaft Orientierung geben (60).

Ziel dieses Scoping Reviews soll es sein systematisch darzustellen, auf welchem aktuellen Stand die empirische Wissenschaft der letzten Jahre bezüglich der Anwendung und Wirkung von Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation ist.

Während der Bearbeitung dieser Arbeit wurde ein Scoping Review zu einem ähnlichen Thema veröffentlicht. Dieses lautet „Cancer experience in metaphors: patients, carers, professionals, students – a scoping review“ von Liu et al. (50). Dieses unterscheidet sich von vorliegender Arbeit, da nicht explizit auf die Kommunikation eingegangen wird, sondern ausschließlich Metaphern aus Krankheitserfahrungswerten gesammelt werden. Außerdem in der Hinsicht auf Krebserkrankungen, nicht wie bei vorliegender Arbeit in Hinsicht auf alle Gebiete der Medizin (50).

2.2 *Einschluss- & Ausschlusskriterien*

Um passende Arbeiten zur Beantwortung der Fragestellung zu finden, wurden sowohl Einschluss- als auch Ausschlusskriterien vorab definiert.

Eingeschlossen wurden alle empirischen Publikationen, die sich mit Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation befassen.

Ausgeschlossen wurden jene Arbeiten, welche nicht in deutscher oder englischer Sprache sowie nicht als Volltext verfügbar waren, als auch Arbeiten welche sich auf ein ausschließlich psychotherapeutisches Setting beschränken.

2.3 *Patient*innengruppen*

Es wurden keine Patient*innengruppen ausgeschlossen, da ein genereller Überblick zum Thema über jeden Bereich der Medizin präsentiert werden soll.

2.4 *Konzept & Kontext*

Der konzeptuelle Rahmen dieser Arbeit ist so weit wie möglich gespannt, um jegliche Arbeiten, die in die Kriterien fallen, abbilden zu können.

Die Übersichtsarbeit soll einen systematischen Überblick hinsichtlich Metaphern im Kontext von Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation bieten.

2.5 *Studientypen*

Die Art der einbezogenen Studientypen wurde offengelassen um alle Arbeiten, welche zur Beantwortung der Fragestellung hilfreich sind, zuzulassen. Allein auf eine empirische Grundhaltung der Arbeiten wurde geachtet, um die Möglichkeit zu haben, aus den Daten konkrete Vorschläge für die Praxis erarbeiten zu können.

2.6 Suchstrategie

Um sämtliche relevante Studien für die Erstellung des Scoping Reviews zu identifizieren wurde eine dementsprechende Suchstrategie entwickelt.

Nach mehreren erfolgten Suchanfragen, ohne alle relevanten Studien mit einbeziehen zu können, wurde sich auf eine sehr offene und weit gefasste Strategie festgelegt. So war die Anzahl an Ergebnissen zwar hoch, die Sensitivität der Suche jedoch auch. Es wurde ausschließlich nach den Begriffen „metaphor/s“ in Titel und „patient/s“ sowohl in Titel als auch in Abstract gesucht.

Die Suche wurde auf PubMed und Embase durchgeführt.

In den einzelnen Datenbanken wurde eine zeitliche Limitation auf die letzten zehn Jahre gesetzt, um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Bei der PubMed Suchanfrage wurde die Limitation manuell durch den eingebauten Zeitfilter in der linken Leiste getätigt. Auf Embase wurde die zeitliche Limitation mit in die Suchanfrage geschrieben. Der Zeitraum wurde auf die Zeit von 19.05.2015 bis 19.05.2025 festgelegt.

Mit den Suchbefehlen „[Title]“ sowie „[Title/Abstract]“ in PubMed und „.ti.“ sowie „.ti,ab.“ in Embase konnte garantiert werden, dass nur die Arbeiten Ergebnisse darstellen, in welchen die Suchbegriffe im Titel beziehungsweise in Titel und Abstract vorzufinden sind. Um die Suchbegriffe miteinander zu verknüpfen wurden die Booleschen Operatoren „OR“ und „AND“ verwendet.

Eine sprachliche Limitation fand über die Ausschlusskriterien statt, ebenso die Limitation auf Volltexte.

Die unterschiedlichen angewandten Suchen werden in Tabelle 1 abgebildet.

| | |
|--------|---|
| PubMed | („metaphors“[Title] OR „metaphor“[Title]) AND („patient“[Title/Abstract] OR „patients“[Title/Abstract]) |
| Embase | 1 metaphor.ti 2 metaphors.ti 3 patient.ti,ab. 4 patients.ti,ab. 5 1 or 2 6 3 or 4 |

| | |
|--|--|
| | 7 5 and 6 8 limit 7 to dd=20150519-20250519 |
|--|--|

Tabelle 1: Angewandte Suchstrategien

2.7 Studienauswahl

Mit den oben aufgeführten Suchen auf den beiden Datenbanken wurden insgesamt 298 Ergebnisse gefunden. Die Ergebnisse wurden zur weiteren Bearbeitung in das Literaturverwaltungsprogramm „Zotero“ eingegeben. Hier wurden als nächster Schritt datenbankenintern Duplikate eliminiert. Auf PubMed war dies 1, auf Embase waren dies vier Ergebnisse. Danach wurden die beiden Teilergebnisse zusammengeführt und hierbei nochmals Duplikate eliminiert. Hierbei wurden 100 Duplikate identifiziert, wodurch eine Ergebniszahl von 193 übrigblieb.

Folgende Ein- und Ausschlüsse wurden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien getätigt. Die Ergebnisse nach der Duplikatensuche wurden einem Titelscreening unterzogen, wobei anhand 71 Ergebnisse nochmals in einem Abstractscreening genauer betrachtet wurden. Nach diesem Schritt blieben 18 übrig.

Abschließend wurden in einem Volltextscreening die finalen Ergebnisse festgelegt. 11 Studien erfüllten die Kriterien. Diese wurden ins vorliegende Scoping Review inkludiert.

Im folgenden Flussdiagramm (Abbildung 4) wurde die Ergebnisfindung schrittweise dargestellt. Dieses orientiert sich an und wurde nach PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) angepasst (61).

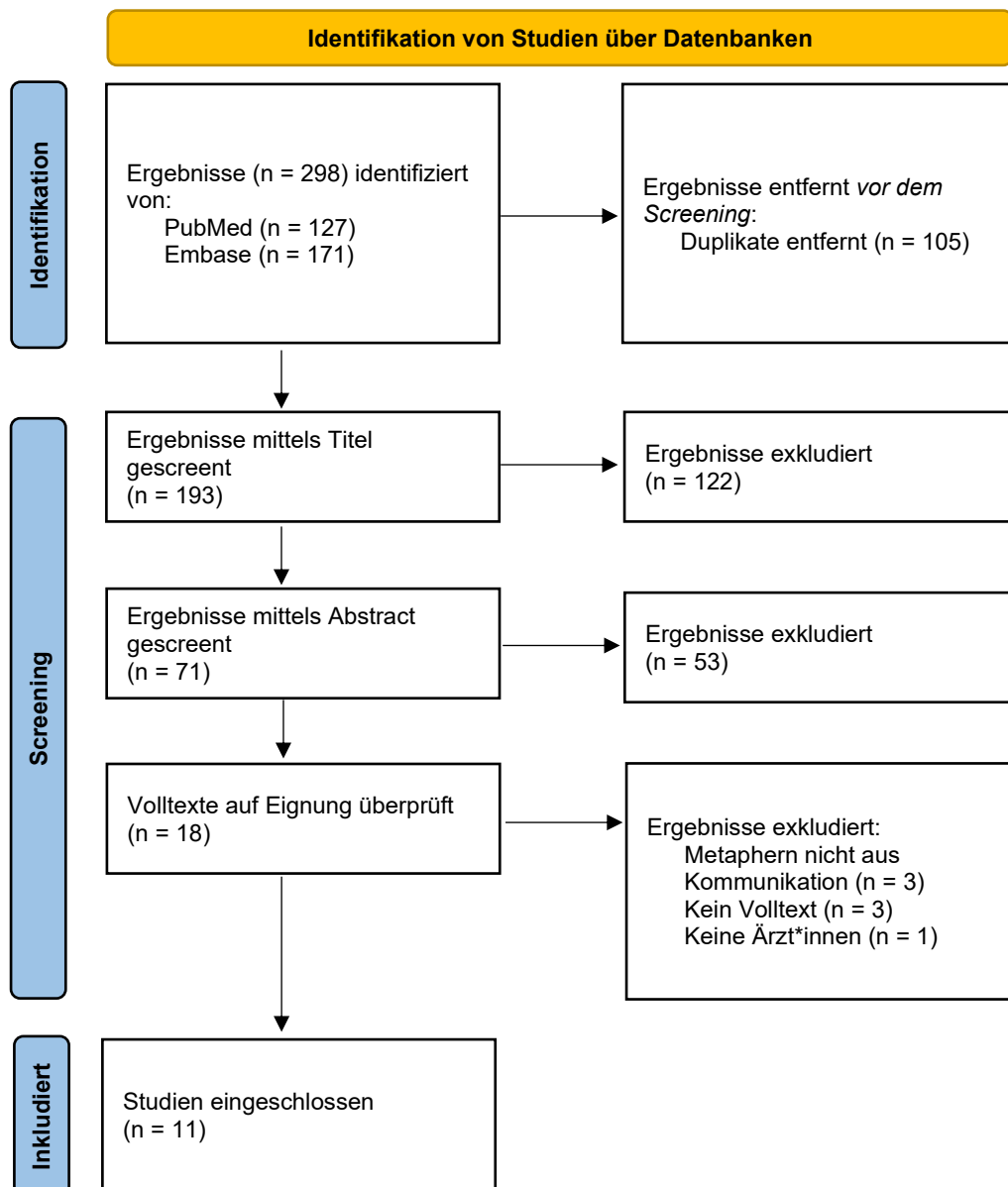


Abbildung 4: Flussdiagramm für die Studienauswahl, angepasst nach PRISMA-ScR

3 Ergebnisse – Resultate mit graphischen Darstellungen

In diesem Kapitel werden die in die Arbeit eingeschlossenen Ergebnisse tabellarisch präsentiert und narrativ beschrieben. Die Unterteilung der Ergebnisse findet nach ihrer Methodik statt.

Die methodischen Kategorien spiegeln sich in drei verschiedenen Gruppen wider, wobei die beiden ersten nochmals in zwei Untergruppen untergliedert werden.

Die erste Gruppe stellt die Ergebnisse dar, welche Metaphern direkt aus aufgenommenen Gesprächen zwischen Praktizierenden und Patient*innen extrahieren und analysieren.

Die zweite Gruppe stellt Ergebnisse dar, welche Metaphern aus Interviews, in welchen über Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation reflektiert wird, extrahieren und analysieren.

Sowohl erste als auch zweite Gruppe wird nochmals unterteilt, indem Ergebnisse, welche Metaphern von den Perspektiven beider Gesprächsteilnehmer*innen analysieren, unterschieden werden von den Ergebnissen, welche nur auf eine Perspektive Bezug nehmen.

Gruppe 3 beinhaltet ein systematisches Review, welches Metaphern aus unterschiedlichen Studien zu Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation analysiert.

Außerdem werden die Gruppen in der narrativen Ergebnispräsentation vor allem in Hinsicht auf den Fokus der Studie, auf die Funktionen der untersuchten Metaphern und auf die gezogenen Schlussfolgerungen beschrieben.

Eine graphische Darstellung der Ergebnisse wird in folgender Tabelle präsentiert (Tabelle 2).

| Autor, Jahr, Land | Studiendesign, Setting | Gruppe | Fokus der Studie | Funktionen der Metaphern | Fachrichtung / Kultur / Kontext | Medizinisches Fachpersonal | Wer bewertet? Ärzt:innen / Patient:innen / beide / externe Bewertung | Notizen der Ergebnisse |
|------------------------------------|---|------------|---|---|--|---|---|---|
| Magaña (2016) USA | Qualitative Studie (psychiatrische Konsultationen, linguistische Analyse); Setting: Psychiatrie, USA, 23 Patient:innen (spanischsprachig, mexikanischer Hintergrund) + Ärzt:innen | Gruppe 1.1 | Minderheiten (hier Latinos) erfahren einige gesundheitliche Ungleichheiten durch kulturelle Barrieren. Der Fokus liegt auf metaphorischer Sprache und ihre kulturellen Barrieren in psychiatrischen Konsultationen. | P: Erklärung für Krankheit; A: Diagnostik | Psychiatrie, USA, spanischsprachige Migranten/Migrantinnen | Ein Arzt | ForscherInnen (linguistische Analyse) | Unterschiedliche kulturelle metaphorische Sets; Fehlkommunikation möglich durch Unterschiede; Wissen über kulturell geprägte Konzeptualisierungen führt zu patientenzentrierter Medizin |
| Declercq et al. (2023) Niederlande | Qualitative Studie (Gesprächsanalyse von 16 Konsultationen, metaphorische Diskursanalyse); Setting: chronische Schmerzmedizin | Gruppe 1.1 | Wie werden Metaphern in Konsultationen zum Thema chronischer Schmerz genutzt? Welche Einblicke geben diese Metaphern? | P: Erfahrungen, Erklärungen vermitteln, Kontrollverlust + Empowerment zeigen; A: Rahmen der Behandlung geben, Objektivieren | Schmerzmedizin, Belgien | Ärzte/Ärztinnen, Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, Psychologen/Psychologinnen | ForscherInnen (Metaphern Analyse) | Metaphern liefern Zugang zu gelebten Erfahrungen und Emotionen; Erklären Therapie und geben Behandlung einen Rahmen; Sowohl klassische Metaphern als auch neue Metaphern werden benutzt; Besseres Verständnis führt zu besserer Kommunikation; Durch unterschiedliche Perspektiven können Bilder der Metaphern auch nicht übereinstimmen und so Missverständnis erzeugen; Metaphern als Brücken sowie Barrieren |
| Jepson et al.(2018) Großbritannien | Qualitative Studie (Gesprächsanalyse von 73 Rekrutierungsgesprächen, thematische Analyse); Setting: UK, klinische Studien (Ärzt:innen + Forschungspersonal) | Gruppe 1.2 | Die Rolle der Metapher in der Erklärung von Randomisierung im Zuge von Rekrutierungsgesprächen bei RCTs; Welchen Einfluss hat diese? | Randomisierung veranschaulichen | RCT-Rekrutierung, Großbritannien | Ärzte/Ärztinnen, Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, Forschungspflegepersonal | ForscherInnen (Analyse) | Genutzte Metaphern führen oft zu Missverständnissen; Uneindeutige Metaphern sollten unterlassen werden, dafür klare Erklärungen nutzen und Begründung für Prozess liefern |
| Ha et al. (2023) USA | Qualitative Studie (Videoanalyse von 434 Simulationstrainings, aus 122 Metaphernanalyse); Setting: medizinische Ausbildung, USA | Gruppe 1.2 | Metaphern die Erwachsenen im Gespräch effektiv und traumasensibel Adverse Childhood Experience erklären + deren Charakteristika | Erklärung komplexer Thematik laienverständlich machen, Beziehungsaufbau, Reframing | Aus- und Weiterbildung Arzt/Ärztin + andere Gesundheitsberufe, USA | Ärzte/Ärztinnen, Medizinstudierende + Studierende aus Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit und Physician Assistance | Feedback der Simulation (standardisierte PatientInnen/Dozierenden), ForscherInnen | Kürzere & patientenbezogene Metaphern effektiver; entwertende oder nicht anschlussfähige Metaphern negativ wirksam; besonders positiv die Belastung validierten und Handlungsspielraum eröffneten; Empfehlung für patientenorientierte Metaphernnutzung |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------|--|---|---|---|---|---|
| Pinheiro et al. (2017) USA | Qualitative Studie (Onkolog:innen-Patient:innen-Konsultationen, Gesprächsanalyse + Patient:innenfeedback); Setting: Onkologie, USA, 66 Patient:innen, 18 Onkolog:innen (9 nutzten Metaphern) | Gruppe 1.2 | Patientenbewertung von Metaphern, die OnkologInnen im Gespräch nutzen um molekulare Testung zu erklären | Erklärungen komplexer molekularer Prozesse, Verständnis fördern | Onkologie, USA | Ärzte/Ärztinnen | Befragte PatientInnen | Befragte PatientInnen fanden 85% der Metaphern hilfreich und erklärten sie korrekt; besonders hilfreich bei PatientInnen mit geringerer formaler Bildung |
| Delaunay & Gouveia (2025) Portugal | Qualitative Studie (semi-strukturierte Interviews, thematische Analyse); Setting: Fertilitätsmedizin, Portugal, 74 Patient:innen + 49 Fachkräfte (Ärzt:innen, Embryolog:innen, Psycholog:innen, Pflegekräfte) | Gruppe 2.1 | Metaphern die im Kontext der assistierten Reproduktion benutzt werden & deren Wirkung auf Wahrnehmung und Deutung der Behandlung; Analyse aus Interviews beider Seiten | Erklärungen komplexer Prozesse liefern, Emotionen vermitteln, Rahmung geben | Fertilitätsmedizin/Assistierte Reproduktion, Portugal | Ärzte/Ärztinnen, Embryologen/Embryologinnen, Pflegekräfte, Psychologen/Psychologinnen | ForscherInnen (Themenanalyse) | Sowohl Metaphern vorhanden die von beiden Seiten geteilt werden, als auch welche die gruppenspezifisch sind; Metapher liefern mehr Verständnis, können aber auch emotional belasten, Erwartungen produzieren und Moral verkörpern; bewusster und reflektierter Umgang mit Metaphern notwendig, damit unterstützende Rolle gefördert wird und problematische Rolle gemindert |
| Swallow (2024) Großbritannien | Qualitative Studie (Interviews mit 10 Onkolog:innen und 10 Patient:innen, diskurs- und metaphoranalytischer Zugang); Setting: UK, Immuntherapie in Onkologie | Gruppe 2.1 | Wie rahmen Mediziner/Medizinerinnen Immuntherapie in der Onkologie und wie Erleben PatientInnen diese Kommunikation und wie passen Erleben zu dieser Rahmung? | Rahmen geben, Erklärungen liefern; Erleben & Deutungen transportieren | Onkologie, Großbritannien | Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal | Forschungsteam analysieren Einschätzungen von Ärzten/Ärztinnen/PatientInnen | Rahmen besteht aus klassischen Metaphern z.B. militärischen Hintergrunds wie "Kampf" welche Selbst/Nicht-Selbst also Körper/Krebs darstellen in Kombination mit moderneren Rahmen wie "sanfte Heilung" im Gegensatz zur Chemotherapie; Diese Kombination verschiebt den klassischen Krebsdiskurs und eröffnet neue Möglichkeiten, erzeugt aber auch Spannungen und Widersprüche, die PatientInnen in ihrem Erleben spüren |
| Munday et al. (2023) Australien | Qualitative Studie (semi-strukturierte Interviews, thematische Analyse); Setting: Australien, 18 Kliniker:innen in Schmerzmedizin | Gruppe 2.2 | Erfahrungswerte von KlinikerInnen zur Verwendungen von Metaphern in Gesprächen mit chronischen SchmerzpatientInnen | Verständnis, Empathie fördern, Validierung, Nutzung als diagnostische Hinweise durch KlinikerInnen; Behandlung unterstützen | Schmerzmedizin, Australien | Ärzte/Ärztinnen, Pflege, Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen, Psychologen/Psychologinnen | Ärzte/Ärztinnen subjektive Analyse | Metaphern werden vor allem in der Schmerzmedizin tagtäglich benutzt; durch Metaphern wird das Erleben nachvollziehbar, was zu Empathie führt; Diagnostik und Behandlung werden unterstützt; für einige Patienten/Patientinnen hinderlich, Gefahr über "unhelpful metaphors"; Metaphern sollten gefördert werden, aber nicht unbedacht genutzt werden |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------|--|--|---|--|--------------------------|---|
| Fatehi et al. (2021) USA | Mixed-Methods-Studie (Survey mit 81 Orthopädie-/Traumatologie-Spezialist:innen, qualitative Kategorisierung + quantitative Auswertung); Setting: Orthopädie/Traumatologie, USA | Gruppe 2.2 | Charakteristika von Metaphern in der Orthopädie und Traumatologie; Anteil der Metaphern, die Fehlkonzepte bei PatientInnen potentiell verstärken | Komplexe Mechanismen erklärbar machen, Krankheit rahmen | Orthopädie/Traumatologie, International | Ärzte/Ärztinnen | Forschungsteam (Analyse) | 22% der Metaphern förderten potentiell Missverständnisse oder ungesunde Denkmuster; Strategische, kontextabhängige Nutzung notwendig, um Ängste und falsche Erwartungen nicht zu fördern, dafür die Gesundheit |
| Chandler et al. (2024) USA | Quantitative Studie (Survey mit 228 Patient:innen, Bewertung von Metaphern auf Vertrauen, Emotionen, Kommunikationseffektivität); Setting: muskuloskeletale Medizin. | Gruppe 2.2 | Zusammenhang zwischen Metaphern die Missverständnisse verstärken können und dem Vertrauen das PatientInnen ihren ÄrztInnen gegenüber empfinden | Erklärungen liefern | Muskuloskeletale Medizin, USA | Ärzte/Ärztinnen | Patienten/Patientinnen | Einige Metaphern bergen das Risiko auf Missverständnisse; erstaunlicherweise sind diese Metaphern mit erhöhtem Vertrauen in die MedizinerInnen verbunden; Einfachheit und Anschaulichkeit erleichtern Nähe und Vertrauen, sind aber fachlich oft ungenau |
| Liu (2025) China | Systematic Review (16 eingeschlossene Studien, internationale Settings, thematische Synthese) | Gruppe 3 | Rolle von Metaphern in der Gesundheitskommunikation, deren Effekte und welche Implikationen für die Forschung und Praxis | Gesamtbild: Erklärung, Rahmung, Ausdruck, Beziehungsaufbau | Gemischt, International | Je nach Studie verschiedenes Gesundheitspersonal | Je nach Studie | 7 Hauptthemen von Metaphern; Diese fördern Verständnis, stärken Beziehungen und Entscheidungsfindung, aber bergen Risiken; Wirkung sehr kontextabhängig; Bedarf an größeren, multimodalen Studien; Metaphertraining und Leitlinien für Metaphern sinnvoll |

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der Ergebnisse.

3.1 Narrative Präsentation der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden den Gruppen nach präsentiert.

3.1.1 Gruppe 1.1

In Gruppe 1.1 werden die Ergebnisse beschrieben, die Metaphern direkt aus aufgezeichneten Gesprächen analysieren und sowohl Metaphern der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation von Mediziner*innen als auch von Patient*innen betrachtet haben.

Es wird sich differenziert angesehen, welchen Fokus die Studien hatten, welche Funktionen die analysierten Metaphern erfüllen und welche Schlussfolgerungen gezogen wurden.

3.1.1.1 Fokusse der Ergebnisse

Magaña versuchte in ihrer Studie die metaphorische Sprache im Hinblick auf kulturelle Barrieren zu untersuchen. Minderheiten mit einem anderen kulturellen Hintergrund erfahren im Gesundheitssystem oft Nachteile. Vor allem, falls zusätzlich noch eine sprachliche Barriere vorliegt und die Landessprache nicht verstanden oder gesprochen wird. In dieser Studie werden psychiatrische Erstkonsultationen zwischen spanisch-sprechende US-Amerikaner*innen mit lateinamerikanischen Hintergrund und einem US-amerikanischen Arzt analysiert (62).

Declerq et al. fokussieren sich auf 16 Konsultationen zwischen medizinischem Gesundheitspersonal inklusive Ärzt*innen und Patient*innen mit chronischen Schmerzen in Belgien. Es wurde die Frage betrachtet welche Einblicke Metaphern über Erfahrungen und Annahmen geben können (63).

3.1.1.2 Funktionen der Metaphern und Schlussfolgerungen

Bei Magaña benutzen Patient*innen vor allem Metaphern, welche Erklärungen von Krankheit übermitteln. Vor allem waren die Metaphern „Reisende“ als auch „Gegner*in“ vertreten. Zum Beispiel wurden Ängste oder Gedanken als Reisende und Depression oder Angst als Gegner*in gedeutet, was auf den kulturellen Hintergrund der Patient*innen hinweist. Der Arzt benutzte vor allem directionale Metaphern, wie „glücklich ist oben“ und „unten ist Depression“, für meist diagnostische Zwecke. Diese eher westlicher Kultur entspringenden Metaphern erzeugten Missverständnis (62).

Es zeigten sich interkulturell verschiedene Sets an Metaphern. Dadurch kann es leicht durch zu geringe kulturelle Kompetenz zu Missverständnissen kommen. Um patient*innenzentrierte Medizin anbieten zu können, muss diese Lücke geschlossen und kulturelle Kompetenz gefördert werden (62).

Bei Declercq et al. wurden Metaphern benutzt, um Erfahrungen mit chronischem Schmerz und Krankheit zu vermitteln, sowie um Erklärungen und Rahmen für Behandlungswege darzustellen. Patient*innen beschrieben ihren Schmerz als Objekt („Last“, „Yo-Yo“), zeigten ihre Machtlosigkeit, aber auch Ermächtigung über Offenheit für „neue Wege“. Ärzt*innen bezogen sich auf den Körper als „Maschine“ und erklärten den Krankheitsverlauf als Prozess mit „Etappen“. Dabei wurde festgestellt, dass sowohl klassische Metaphern („Reise“, „Maschine“) als auch neue kreative Metaphern („Yo-Yo“) benutzt wurden (63).

Metaphern stellten zentrale Werkzeuge in Gesprächen mit chronischen Schmerzpatient*innen dar. Die unterschiedlichen Perspektiven zwischen Ärzt*in und Patient*in zeigen, dass Metaphern sowohl Brücken als auch Barrieren darstellen können. Sie können Verständnis erzeugen, aber auch Missverständnis wenn die Bilder der beiden Beteiligten nicht übereinstimmen (63).

3.1.2 Gruppe 1.2

In Gruppe 1.2 werden die Ergebnisse beschrieben, die Metaphern direkt aus aufgezeichneten Gesprächen analysieren und Metaphern der Ärzt*in-Patient*in-

Kommunikation entweder aus Perspektive von Mediziner*innen oder von Patient*innen betrachtet haben.

Es wird auch hier differenziert angesehen, welchen Fokus die Studien hatten, welche Funktionen die analysierten Metaphern erfüllen und welche Schlussfolgerungen gezogen wurden.

3.1.2.1 Fokusse der Ergebnisse

Jepson et al. versuchten herauszufinden, wie Kliniker*innen Patient*innen im Zuge von RCT-Rekrutierungsgesprächen den Prozess der Randomisierung beschreiben und welchen Einfluss die Metaphern auf Verständnis und Teilnahmeentscheidung haben. Hierzu wurden 73 Audioaufnahmen von Rekrutierungsgesprächen aus fünf Zentren in Großbritannien genutzt (64).

Ha et al. analysierten Metaphern, die von Mediziner*innen und Studierenden verschiedener Gesundheitsberufe in den USA benutzt wurden um simulierten Erwachsenen (im Rahmen eines Simulationsprogramms) das Thema „adverse childhood experience“ zu erklären. Es wurden 434 Videos von 15-minütigen Konsultationen ausgewertet, davon gab es 122, in welchen Metaphern benutzt wurden. Der Fokus lag auf Metaphern, die effektiv und traumasensibel agieren und auf deren Charakteristika (65).

Pinheiro et al. wollten wissen, wie Patient*innen Metaphern bewerten, die von Onkolog*innen benutzt wurden, um molekulare Testung zu erklären. Hierbei wurden Audioaufzeichnungen von Gesprächen mit 66 Patient*innen in den USA analysiert (66).

3.1.2.2 Funktionen der Metaphern und Schlussfolgerungen

Bei Jepson et al. wurden Metaphern von dem Rekrutierungspersonal vorrangig dazu genutzt, den Zufallsprozess der Randomisierung zu veranschaulichen. Es wurden Glücksspiel-Metaphern („Münzwurf“, „Lotterie“), Computerassoziationen („der Computer entscheidet“) und neutrale Chancenbeschreibung („50:50“)

benutzt. Glücksspiel-Metaphern und Computerassoziationen lösten zum Teil Missverständnisse („der Computer entscheidet was am besten für mich ist“) und negative Emotionen aus („das ist mein Leben, kein Münzwurf“). Nur selten wurde die Randomisierung mit dem Grund dahinter erklärt, in 10 % nicht einmal erwähnt. Nur falls die Patient*innen nachfragten wurde der Hintergrund zur Randomisierung erläutert (64).

Daraus wurde abgeleitet, dass in Rekrutierungsgesprächen sowohl „der Computer“ als auch Glücksspielmetaphern vermieden werden und stattdessen eine klare Erklärung des Prozesses inklusive dem Hintergrund dafür stattfinden sollte (64).

Bei Ha et al. wurden Metaphern vorrangig zu Erklärungszwecken genutzt. Beispiele sind der „überladene Rucksack“ als Last, die Betroffene beschwert, oder der „Trauma-Baum“, welcher auf minderem Boden nur mäßig florieren kann. Außerdem wurden Verhaltensweisen neu gerahmt um Verhalten wie Substanzgebrauch als verständliche Reaktion statt Schuldzuweisung zu sehen. Dabei waren effektive Metaphern kürzer als weniger effektive. Generell gab es keine generell überlegene Metapher, vielmehr hing die Effektivität von Kontext und Patientenzentrierung ab. Passten die Metaphern nicht zum*zur Patient*in („Sonnenbrand“ als spätere Folge früherer Belastung, hier bei dunkelhäutigen Patient*innen) waren diese negativ wirksam. Metaphern, die die Belastung validierten und Behandlungsspielraum eröffneten, wurden dagegen als besonders positiv eingestuft (65).

Abgeleitet wurde daraus, dass nicht die Metaphern selbst die große Rolle spielt sondern der Kontext und die Passung in welche diese etabliert wird (65).

In der Arbeit von Pinheiro et al. wurde die Metapher von Onkolog*innen dazu genutzt, komplexe Prozesse der molekularen Testung zu erklären. Beispielsweise wurden Hormone als „Schlüssel zu einem Schloss“ bezeichnet, oder „Gene als „Blaupause“. 38 % der Patient*innen hörten Metaphern, 13 davon wurden nach Verständnis und Nützlichkeit befragt und 85 % davon fanden die Metaphern hilfreich und konnten diese richtig erklären (66).

Die Studie zog daraus den Entschluss, dass systematisch angewandte Metaphern dienlich sind, Verständnis und Beziehung zwischen Ärzt*in und Patient*in zu fördern (66).

3.1.3 Gruppe 2.1

In Gruppe 2.1 werden die Ergebnisse beschrieben, die Metaphern der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation aus Interviews, welche über Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation reflektieren, analysieren. Interviews wurden diesbezüglich sowohl mit Mediziner*innen als auch Patient*innen geführt.

Wiederum wird differenziert angesehen, welchen Fokus die Studien hatten, welche Funktionen die analysierten Metaphern erfüllen und welche Schlussfolgerungen gezogen wurden.

3.1.3.1 Fokuse der Ergebnisse

Delaunay & Gouveia fokussierten sich auf Metaphern, welche im Kontext der assistierten Reproduktion genutzt werden und welche Wirkung diese auf Wahrnehmung und Deutung der Behandlung ausüben. Hierfür wurden semi-strukturierte Interviews von 74 ART-Nutzer*innen (Assistierte Reproduktionstechniken) sowie von 49 Gesundheitsfachkräften in Portugal analysiert (67).

Swallow schaute explizit auf die Rahmung der Immuntherapie von Onkolog*innen im Gespräch mit Klient*innen. Hierbei wurden sowohl 10 Kliniker*innen als auch 10 Patient*innen in Schottland durch semi-strukturierte Interviews befragt. Außerdem wird diese Rahmung abgeglichen mit der tatsächlich erlebten Therapie der Patient*innen (68).

3.1.3.2 Funktionen der Metaphern und Schlussfolgerungen

Die Funktionen der Metaphern bei Delaunay & Gouveia waren zum einen didaktischer Natur, zum Beispiel um die Eizellproduktion durch „chicken’s eggs“ anschaulicher zu machen. Außerdem um emotionale Nähe aufzubauen („my babies“), den Erfolg der Befruchtung als Wettbewerb zu rahmen („winners“ vs. „losers“) und Unvertrautes wie die Kryokonservierung zugänglicher zu machen

(„igloo children“). Dabei halfen Metaphern komplexe Begriffe erlebbarer zu machen, bauten aber gleichzeitig auch emotionale Spannungen auf. Zum Beispiel bei der Darstellung der künstlichen Befruchtung als „Wettkampf“ („winners“ vs. „losers“) oder der Bindung zu den Eizellen als „my babies“. Dies führte zu erschwertem Umgang mit Misserfolg. Professionelle zeigten durch Metaphern Empathie, Patient*innen ordneten durch Metaphern Erfahrungen durch kulturelle oder emotionale Bilder ein (67).

Aus diesen Analysen zogen die Forscher*innen die doppelte Rolle der Metapher, unterstützend aber problematisch gleichzeitig. Daher empfehlen sie einen bewussten und reflektierten Umgang mit dem Werkzeug Metapher. Metaphern können hilfreich sein, sollten aber nicht unkritisch und standardisiert genutzt werden (67).

Bei Swallow verwendeten die Kliniker*innen die Metaphern vor allem zur Erklärung der Immuntherapie. Das Immunsystem soll dadurch „aufgeweckt“ werden, die T-Zellen als „Soldaten“ den Krebs „bekämpfen“ und der Körper dadurch gleichzeitig als „aktiver Heiler“ sich selbst instandsetzen. Patient*innen übernehmen diese Sprache und leben dadurch mit dieser Ambivalenz zwischen „Krieg“ im Körper und „sanfter Heilung“ im Gegensatz zur Chemotherapie. Durch den Körper als „aktiver Wirkstoff“ sehen sich diese dazu verpflichtet ihr Möglichstes zu tun, um den Körper zu unterstützen und gesund zu leben. Dadurch wird Hoffnung und Selbstbeteiligung gefördert. Gleichzeitig zeigen Nebenwirkungen der Therapie Widersprüche zu der „sanften“ Immuntherapie (68).

Die Metaphern zur Immuntherapie bewegen sich zwischen Kampf und Heilung. Dies erzeugt neben einigen Vorteilen auch zusätzliche Belastungen für Patient*innen, wie Selbstverantwortung bei nicht zufriedenstellender Therapie sowie Druck, den Lebensstil zu verbessern um den Körper als „Heiler“ zu unterstützen, bei gleichzeitiger Belastung durch Nebenwirkungen. Es entsteht so ein Risiko der Überforderung. Daher sollten Kliniker*innen diese Spannungen offen thematisieren und genutzte Metaphern bewusst reflektieren (68).

3.1.4 Gruppe 2.2

In Gruppe 2.2 werden die Ergebnisse beschrieben, die Metaphern der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation aus Interviews, welche über Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation reflektieren, analysieren. Interviews darüber wurden entweder mit Mediziner*innen oder mit Patient*innen geführt.

Auch hierbei wird differenziert angesehen, welchen Fokus die Studien hatten, welche Funktionen die analysierten Metaphern erfüllen und welche Schlussfolgerungen gezogen wurden.

3.1.4.1 Fokusse der Ergebnisse

Munday et al. analysierten die Verwendung von Metaphern bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen. Hierzu wurden 18 australische Kliniker*innen in halbstrukturierten Interviews nach ihren Erfahrungswerten befragt (69).

Fatehi et al. fokussierten sich auf Metaphern aus der Orthopädie und Traumatologie. Dazu wurden 81 Spezialist*innen internationaler Herkunft befragt. Sie sollten bis zu 10 Metaphern nennen, die in der alltäglichen Praxis verwendet werden. Dabei wurde sich näher angeschaut, welche Charakteristika diese besitzen und welche Metaphern das Potential haben, Fehlkonzepte bei Patienten/Patientinnen auslösen (70).

Bei Chandler et al. wurden 228 Patient*innen aus muskuloskelettalen Kliniken befragt. Ihnen wurden je vier Metaphern vorgelegt (zwei neutrale, zwei potentiell Missverständnis fördernde) welche sie anhand standardisierter Fragen bewerteten, im Hinblick auf Vertrauen, Effektivität, Emotionen und Wohlbefinden. Es wurde fokussiert betrachtet, welcher Zusammenhang zwischen Metaphern die missverständlich wirken können und dem Vertrauen und Wohlbefinden der Patient*innen besteht (71).

3.1.4.2 Funktionen der Metaphern und Schlussfolgerungen

Die Funktionen der Metaphern im Zuge der Analyse bei Munday et al. waren verschiedenartig. Zum einen werden Metaphern als kommunikatives Tool genutzt um Verständnis, Empathie und Validierung zu fördern. Verbildlichungen führen zu Hinweisen über Schmerztyp (zum Beispiel „brennender“ Schmerz bei neuropathischem Schmerz), mentalem Umgang mit Schmerz (zum Beispiel Katastrophisieren) und Schmerzverständnis. Dabei verstärken und fixieren manche Metaphern negative Denkmuster („bröckelnde Wirbelsäule“, „zerbrochene Vase“). Während Metaphern für Kliniker*innen der chronischen Schmerzmedizin oft hilfreich für ihre Arbeit dienen, stellen sie für Patient*innen oft problematischen Umgang dar. Dieser Einblick in metaphorische Konzepte der Patient*innen dienen als Ausgangspunkt für Schmerzedukation und Rapport (69).

Metaphern werden in der Behandlung untergenutzt, obwohl sie Potential als direkte Intervention hätten. Sie könnten gezielt aufgegriffen werden und dann adaptiert und modifiziert werden, um Behandlungsergebnisse zu verbessern. Außerdem sollten Kliniker*innen die Nutzung von Metaphern bei Patient*innen fördern um Einsicht in die inneren Erlebnisse zu ermöglichen, Validierung zu bieten und unter Aufgriff dieser Behandlungsergebnisse zu verbessern (69).

Im Bereich der Orthopädie und Traumatologie bei Fatehi et al. wurden Metaphern von Ärzt*innen dazu benutzt, komplexe Mechanismen wie bestimmte Krankheiten oder Behandlungen greifbarer zu machen („Ligamente sind wie Zügel beim Pferd“, „Ein Knorpelflap ist wie Sand im Getriebe“). Außerdem auch, um Rahmen zu geben, wie bei altersbedingten Veränderungen der Vergleich der „abgenutzten Maschine“. 22% der beschriebenen Metaphern wurden als potentiell problematisch eingestuft. Diese können laut Einschätzung falsche Vorstellungen und nicht hilfreiches Denken fördern. Typische Charakteristika solcher konzeptuellen Darstellungen waren Übertreibungen/Negativität („die Calcaneusfraktur ist wie ein zerdrücktes rohes Ei“), Fehldeutung von Schmerz als Schaden, Angstbilder („tickende Zeitbombe“), Militärmetaphern („du wirst den Kampf gewinnen“) und Metaphern die falsche Hoffnung vermitteln („die Gel Injektion ist wie ein Ölwechsel deines Autos“). Metaphern können also gesundheitsfördernd oder -schädigend wirken (70).

Es wird geschlussfolgert, dass Metaphern nicht zu vermeiden und machtvoll sind. Ein strategischer und reflektierter Einsatz von spezifischen, geprüften Metaphern ist notwendig um Gesundheit zu fördern, während problematische Sprachbilder bewusst vermieden werden sollen (70).

Bei Chandler et al. sollten die genutzten Metaphern primär solche darstellen, welche zu Erklärungszwecken genutzt werden. Die neutralen Metaphern waren einfache technische Analogien. Die potentiell missverständlichen Metaphern beinhalteten oft problematische Bilder wie „Zeitbombe“ und „Verschleiß“.

Überraschend stellte sich heraus, dass die Metaphern, die Missverständnis verstärken können, mit erhöhtem Vertrauen, Komfort und erhöhter empfundener kommunikativer Effektivität assoziiert waren. Problematische Metaphern können also Beziehungsnutzen haben, auch wenn sie auf anderer Ebene schädlich wirken können. Erklärt wurde dies durch eine emotionale Validierung des Erlebens der Patient*innen, durch Klarheit die durch die Anschaulichkeit dieser einprägsamen und bildhaften Metaphern entsteht, sowie eine Verbundenheit zwischen ähnlichen konzeptuellen Vorstellungen und kultureller Vertrautheit zwischen Sender*in und Empfänger*in, was in gemeinsamer Sprache resultiert (71).

Die Schlussfolgerung der Forscher*innen hierbei lautet, dass Metaphern gleichzeitig Nutzen und Schaden beim Menschen gegenüber bewirken können. Diese ambivalente Wirkung sollte bewusst gemacht werden und im Zuge dessen Metaphern benutzt werden, welche Vertrauen aufbauen und der Gesundheit dienlich sind (71).

3.1.5 Gruppe 3

Gruppe 3 beinhaltet ein systematisches Review, welches Metaphern aus unterschiedlichen Studien zu Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation analysiert. Auch hierbei wird differenziert angesehen, welchen Fokus die Studie hatte, welche Funktionen die analysierten Metaphern erfüllen und welche Schlussfolgerungen gezogen wurden.

3.1.5.1 Fokus der Arbeit

Das Literaturreview von Liu fokussierte auf die Nutzung von Metaphern in der Kommunikation zwischen Patient*innen und Versorgenden. Es sollte zu bestehenden Studien eine systematische Übersicht erstellt werden, Implikationen für Forschung und Praxis diskutiert werden und Empfehlungen für die Zukunft herausgegeben werden. Dazu wurden sowohl chinesische als auch internationale Journals durchsucht. Es wurden sowohl Studien mit ärztlicher Beteiligung als auch Studien ohne ärztliche Beteiligung inklusive anderer Gesundheitsberufe betrachtet. Außerdem wurden auch Metaphern betrachtet, welche aus einem psychotherapeutischen Setting stammen und somit eher introspektiver Natur sind (54).

3.1.5.2 Funktionen der Metaphern und Schlussfolgerungen

Liu teilt die Funktionen der Metaphern in positive und negative Funktionen ein. Manche erklären medizinische Konzepte, fördern Verständnis und dadurch gemeinsame Entscheidungsfindung, drücken Emotionen aus und bauen Empathie auf. Andere fördern Missverständnisse, sind stigmatisierend oder verletzend. Metaphern stellen zentrale Bausteine der Kommunikation dar, haben allerdings ambivalente Wirkung. Quellen für Missverständnisse stellen häufig die Unterschiede zwischen Patient*innen und Professionellen dar (54). Daraus wird gefolgert, dass Metaphern bewusst, kultursensibel und reflektiert eingesetzt werden sollten. Außerdem bedarf es größerer, quantitativer, multimodaler Studien, welche verbale und non verbale Kommunikation betrachten. Ein Vorschlag wäre, Leitlinien für angemessene Metaphern zu entwickeln (54).

4 Diskussion

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse des vorliegenden Scoping Reviews sowie die Limitationen diskutiert. Ziel dieser Arbeit war es, das Thema Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation näher zu beleuchten und den Stand der empirischen Wissenschaft der letzten Jahre zu Anwendung und Wirkung von Metaphern in der ärztlichen Kommunikation systematisch abzubilden. Der Fokus lag darauf herauszufinden, ob es spezifische Metaphern oder Charakteristika von Metaphern gibt, welche eher förderlich sind. Außerdem war die Frage, ob sich aus bisherigen Arbeiten Implikationen für die Praxis sowie Empfehlungen für zukünftige Forschung abstrahieren lassen.

4.1 Wichtigste Ergebnisse der Arbeit

Die Analyse zeigte, dass Metaphern eine ambivalente Wirkung haben (54,67–71). Metaphern können zur gleichen Zeit förderlich für einen bestimmten Aspekt der Kommunikation oder Krankheitsbewältigung wirken, während sie für einen anderen das Gegenteil bewirken (54,64,67–71). Metaphern erfüllen dabei unterschiedliche Funktionen – sie erklären komplexe Sachverhalte, stiften Beziehung und helfen bei der Bewältigung – können aber ebenso Missverständnisse und belastende Bilder transportieren (54,62–71). Während Fachkräfte Metaphern vorwiegend didaktisch und strukturierend einsetzen, verwenden Patienten/Patientinnen Metaphern vorwiegend um Erlebtes und ihre Konzepte dahinter auszudrücken (54,62–71). Ihre Wirkung hängt stark vom individuellen Kontext ab – etwa vom Bildungsgrad, kulturellen Hintergrund und der persönlichen Krankheitsverarbeitung (54,62,66,69,71). Generell lässt sich sagen, Metaphern müssen Bezug zum*zur Patient*in haben um keine Missverständnisse zu erzeugen und der Gesundheit dienlich zu sein (54,62,64,65,70,71). Es kann emotionaler Druck durch die falsche Wahl an Metaphern erzeugt werden. Zum Beispiel durch solche, die falsche Hoffnungen oder starke

Selbstverantwortung entstehen lassen, was der realistischen Gesundheitsbewertung im Weg steht und Patient*innen zusätzlich zur Krankheit belastet (54,65,67–70). Metaphern wurden dann als förderlich wahrgenommen, wenn sie anschaulich, patientenzentriert und kulturell anschlussfähig waren (62,63,65,66,70). Daraus ergibt sich die zentrale Schlussfolgerung: Der Einsatz von Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation muss stets bewusst und reflektiert erfolgen (54,62–65,67–71).

4.2 Einordnung in den Forschungsstand

Diese Arbeit reiht sich ein zu den wenigen systematischen Übersichtsarbeiten zum Thema Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation.

Während der Recherche erschien zunächst ein Scoping Review von Liu et al., das sich speziell auf einen generellen Überblick über Metaphern zur Darstellung von Krebserfahrungen von Patient*innen und Gesundheitspersonal fokussiert, vor allem abseits der direkten Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation (72).

Kurz darauf wurde das systematische Review „Use of metaphor in provider-patient communication in medical settings: A systematic review“ von Liu veröffentlicht. Dieses weist deutliche Überschneidungen mit der vorliegenden Arbeit auf, insbesondere durch den Fokus, Metaphern zu analysieren, die aus der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patient*innen entstammen (54).

Der wesentliche Unterschied zwischen den Arbeiten ist, dass bei vorliegender Arbeit ausschließlich Paper betrachtet wurden, die Ärzt*innen als Kommunikationspartner*innen betrachten. Bei Liu wurden sowohl psychotherapeutische Settings inkludiert, welche in vorliegendem Scoping Review als Ausschlusskriterium galten, als auch teilweise Studien analysiert welche ausschließlich andere Gesundheitsberufe als den ärztlichen beinhalten (54). Damit bietet dieses Scoping Review einen spezifischeren Blick auf den ärztlichen Aspekt und dient als Ergänzung und Bekräftigung der breiteren Basis von Liu.

4.3 Interpretation und Implikationen

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse interpretiert werden sowie Implikationen für die Praxis und Forschung präsentiert werden.

4.3.1 Ambivalenz als zentrales Muster

Die Ergebnisse zeigen auf: Die Metapher als Tool in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation ist sehr wirksam, allerdings oft ambivalent. Metaphern entfalten ihre Wirkung nicht nur in einer bestimmten Richtung, sondern können gleichzeitig auch andere Bedeutungsdimensionen eröffnen. Ist das Ziel, eine bildhafte Erklärung für eine Krankheit zu geben (zum Beispiel „eine Calcaneusfraktur ist wie ein zerdrücktes rohes Ei“ (70)), kann dies zwar Verständnis fördern, allerdings auch emotionalen Ballast durch diese Übertreibung mitbringen.

Außerdem zeigt sich die Ambivalenz darin, dass Metaphern, abhängig von ihrem*ihrer Empfänger*in, förderlich oder hinderlich wirken können. Zum Beispiel bei der Nutzung von Militärmetaphern, durch die sich manche Menschen motiviert fühlen zu kämpfen, während andere sich nicht zum Kampf fähig einschätzen. Ein passendes Beispiel stellt hierfür die Immuntherapie von Swallow dar. Die gleichzeitige Nutzung der Metaphern „Kampf gegen den Krebs“ und „sanfte Heilung durch Unterstützung des Immunsystems“, führt dazu, dass das Konzept „Immuntherapie“ in einem ambivalenten, spannungsgeladenen Rahmen betrachtet wird (68).

4.3.2 Bedeutung des Kontextes

Der kulturelle Hintergrund, der eigene Umgang mit Krankheit und der formelle Bildungsgrad sind Teil des Kontextes des*der Patient*in und entscheiden mit darüber, welche Wirkung die Metapher entfaltet. In den betrachteten Studien wird der Kontext oft nur wenig mit betrachtet, obwohl gerade dieser so relevant für eine

individuelle Kommunikation ist. Eine Unterscheidung der Geschlechter beispielsweise fand in keiner Studie Relevanz.

Die tatsächliche Wirkung könnte Folge davon sein, dass Menschen, je nach ihrem persönlichen und situativen Kontext, bildliche Sprache anders deuten.

Wie Lakoff & Johnson es beschreiben, ist unser grundlegendes Denken und Handeln auf metaphorischen Konzepten aufgebaut (1).

Sind die Konzepte zwischen zwei Menschen unterschiedlich, so wie sie zwischen Kulturen unterschiedlich sind, werden vermutlich auch die Metaphern unterschiedlich gedeutet, was wiederum zu Missverständnissen führen kann.

Verschiedene Kulturen beispielsweise benutzen unterschiedliche Sets an Metaphern, wodurch manche Metaphern in der konzeptuellen Vorstellung der Kultur keinen Sinn ergeben (62).

Genauso sind Metaphern, die von und für die weiße Bevölkerung bestimmt sind, wie der „Sonnenbrand“ als Folgeschaden früherer Exposition, nicht anschlussfähig für Menschen der dunkelhäutigen Bevölkerung, was Missverständnis und sogar Entwertung erzeugen kann (65).

Zu einem ähnlichen Befund kommt Liu, die in ihrer Arbeit betont, dass die Unterschiede zwischen Patient*innen und Professionellen häufig die Quelle für Missverständnisse darstellt (54).

4.3.3 Metaphern und ihre Funktionen

Ärzt*innen und Patient*innen benutzen in ärztlicher Kommunikation Metaphern für unterschiedliche Zwecke. Während Patient*innen mit dieser sich selbst und ihr Erleben ausdrücken wollen, wollen Ärzt*innen Krankheiten Rahmen geben, Therapien erklären, sowie eine Beziehung zum*zur Patient*in aufbauen. Dabei können gerade Metaphern, die anschaulich sind, einer gemeinsamen Sprache entspringen und somit Vertrauen aufbauen, fachlich inkorrekt sein und einen schlechten Umgang des*der Patient*in mit der Krankheit fördern. Zur gleichen Zeit kann also eine Metapher Förderliches als auch Hinderliches bei ein und derselben Person auslösen.

4.3.4 Charakteristika der „guten“ Metaphernutzung

Die Ergebnisse zeigen, dass Metaphern individuell andere Wirkung entfalten. Das bedeutendste Charakteristikum ist somit die Angepasstheit an den Menschen, an den die Metapher gerichtet ist, sowie an die Situation, in welcher diese benutzt wird.

Außerdem sollten Metaphern die Belastung des*der Patient*in validieren und einen Handlungsspielraum öffnen, um eine Lösung oder Verbesserung für die aktuelle Situation zu bieten.

Es lässt sich sagen, dass einfache, klare und kurze Metaphern gut aufgenommen werden und besser verständlich sind. Es wird so schnell ein Rapport aufgebaut. Dabei ist zu beachten, dass die mit solchen Metaphern angestrebte Vereinfachung und Klarheit die Thematik oftmals unzureichend abbildet und dadurch Ängste oder falsche Erwartungen begünstigen kann. Typische Charakteristika hierbei waren Übertreibungen, Negativität, Fehldeutungen, Angstbilder, Militärmetaphern und Metaphern, die falsche Hoffnung vermitteln.

Negativ wirken Metaphern vor allem dann, wenn sie den*die Patient*in entwerten oder nicht anschlussfähig an diese*n sind.

4.3.5 Implikationen für die Praxis

Die Ambivalenz der Metapher ist unumgänglich, ebenso ihre Existenz in der Kommunikation. Dies bedeutet, dass professionelle Kommunikation sich der Vorteile und Risiken dieses sprachlichen Mittels bewusst sein sollte, um sie effektiv nutzen zu können. Ärzt*innen sollten die Metaphern, die sie nutzen, an den*die Patient*in orientiert wählen und adaptieren, um damit keinen Schaden zu produzieren.

In den präsentierten Ergebnissen zeigt sich mehr als einmal, dass dies nicht immer der Fall ist. Folglich fehlt in der Praxis dieses Wissen und sollte dadurch einen höheren Stellenwert in Aus- und Weiterbildung der Medizin einnehmen. Sowohl Studierenden an der Universität als auch bereits praktizierende Ärzt*innen könnten Trainingsmodule zur Verfügung gestellt werden, um das Bewusstsein

hierfür zu vergrößern. Außerdem könnten Leitlinien zum Gebrauch von Metaphern etabliert werden, um Nutzen und Risiken klar zu machen sowie einen Leitfaden für den richtigen, patient*innenorientierten Gebrauch zu bieten. Diese Implikationen sind vergleichbar mit denen von Liu (54).

Oftmals werden Metaphern genutzt, um in kurzer Zeit dem*der Patient*in eine Krankheit oder Verletzung näher zu bringen und dadurch den*die Patient*in bei einer Entscheidung zu unterstützen. Da wie beschrieben diese Einfachheit zu Missverständnissen führt, sollte das Ziel der Nutzung von Metaphern primär am*an der Patient*in und seiner*ihrer Gesundheit orientiert sein. Es ist also wichtig, reflektiert über die Metaphern, die man nutzt, nachzudenken und sich klar zu machen, welchen Zweck sie erfüllen und welche Risiken dabei mitschwingen. Um die Risiken zu minimieren könnte es hilfreich sein, auch mit Patient*innen offen über eben diese zu sprechen. Ihnen zu sagen, dass ein bildhafter Vergleich zum Vereinfachen einer komplexen Thematik gedacht ist, diese aber oft deutlich mehrschichtiger ist und einer vielfältigen Handhabung bedarf, könnte auch bei Patient*innen ein Bewusstsein über die Risiken von Metaphern schaffen. Genauso bei der Erklärung darüber, dass eine Rahmung einer Behandlung genutzt wird, um diese besser greifbar zu machen, es aber dabei dazu führen kann, dass emotionaler Druck entsteht, wenn man die Therapie nur durch diese Rahmung betrachtet.

Metaphern sind per se nicht gut oder schlecht, ihre Wirkung hängt vom Zusammenspiel mit den Patient*innen ab. Ein standardisierter Umgang mit diesen führt also zwangsläufig zu Missverständnissen. Viel wichtiger ist hier eine Flexibilität im Umgang mit Metaphern.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass man Metaphern nicht nur reflektiert verwenden können sollte, sondern diese auch von Seiten der Patient*innen verstehen und interpretieren können sollte.

Diese führen oft zu diagnostischen Hinweisen und somit zu einer besseren auf den*die Patient*in zugeschnittenen Therapie. Außerdem sind Metaphern auch therapeutisch wirksam. Gerade wenn man Metaphern der Patient*innen aufgreift, die womöglich den*die Patient*in in Irrglauben und Handlungsunfähigkeit fixieren,

und diese gemeinsam mit ihnen adaptiert und modifiziert um neue Wege und Handlungsspielraum zu eröffnen (69).

Während der Recherche zu dieser Studie wurden viele Arbeiten entdeckt, die Erfahrungsberichte von Patient*innen über die Krankheit und ihren Einfluss auf das eigene Leben auf Metaphern analysierten. Über diese Einblicke lässt sich ein Verständnis für die Lebenssituation dieser Menschen schaffen, welches durch den Klinikalltag alleine oft auf der Strecke bleibt. Daher ist eine weitere Implikation für die Praxis, eben solche Studien fürs eigene Fachgebiet herauszusuchen, durchzulesen und explizit auf die analysierten Metaphern zu achten. Diese wiederholen sich auf den einzelnen Gebieten und können so zu besserer Kommunikation führen.

Anhand dieser metaphorischen Konzepte lassen sich Rückschlüsse auf das konzeptuelle Denken und somit Handeln der Person ziehen, was einen Vorteil für die Behandlung darstellen kann. Zum einen um sich zu überlegen, welche Metaphern patient*innenorientiert förderlich wirken könnten, aber zum anderen auch, um den Menschen in seiner Gesamtheit besser zu verstehen und ihm*ihm so wirklich helfen zu können:

„Will ich einen Menschen wirklich führen, so muss ich ihn dort abholen, wo er steht. Dies ist das Geheimnis der ganzen Kunst des Helfens. Wer dies nicht kann, täuscht sich selbst, wenn er meint, einem anderen helfen zu können. Um helfen zu können, muss ich zwar mehr verstehen als der andere – aber vor allem muss ich verstehen, was er versteht.“ Søren Kierkegaard, Eine einfache Mitteilung (1859)

4.3.6 Implikationen für die Forschung

Aus dem vorherigen Abschnitt geht hervor, dass Leitlinien für die Praxis von Vorteil sein könnten. Da Leitlinien aus Studien hervorgehen, sollte das Ziel sein, vor allem quantitative Studien mit größeren Stichproben zum Thema zu fördern, um aussagekräftige Daten zur Wirksamkeit von Metaphern und deren Outcomes zu generieren. Auch könnte die Analyse multimodal aufgebaut sein, da Metaphern nur den verbalen Aspekt der Kommunikation darstellen, es aber einen großen

Unterschied macht mit welcher nonverbalen Kommunikation (zum Beispiel Mimik und Gestik) diese kombiniert wird.

Außerdem sollte der Einfluss des Kontextes tiefergehend analysiert werden.

Faktoren wie Geschlecht, aber auch Psyche, kultureller Hintergrund, sozialer Hintergrund und medizinischer Fachbereich üben Einfluss auf die Kommunikation aus und sind somit wertvolle Betrachtungspunkte. Zum Thema Geschlechter beispielsweise konnten aus den Ergebnissen keine Daten erhoben werden. Dies sollte in zukünftigen Studien definitiv mitbetrachtet werden, um die Gendermedizin auch zum Thema Kommunikation zu fördern.

Darüber hinaus wurde die Kommunikation weitgehend in Kombination mit anderen Gesundheitsprofessionen betrachtet. Hierbei wäre es nützlich explizit auf einzelne Gesundheitsberufe einzugehen, um spezifischere Daten hierzu zu produzieren und für die Praxis zugänglich zu machen.

Auch wenn Metaphern größtenteils patient*innenorientiert genutzt werden sollen, wäre es praktisch, für einzelne Fachbereiche und deren spezifische Krankheiten, Beispielmetaphern je nach kulturellem Hintergrund zu generieren und über die Forschung zu validieren, um eine Basis für unerfahrene Kommunikator*innen zu schaffen.

4.4 Limitationen dieser Arbeit

Zu dieser Arbeit gibt es einige Limitationen zu betrachten.

Zum einen bietet ein Scoping Review, welches als Design für vorliegende Studie gewählt wurde, keine qualitative Analyse der Ergebnisse. Vielmehr zeigt dieses den aktuellen Stand der Wissenschaft, ohne auf die Aussagekraft der einzelnen Studien einzugehen.

Der Fokus dieser Arbeit war auf Metaphern in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation gelegt und es konnten nur wenige Studien identifiziert werden, in welchen der*die Ärzt*in der einzige Gesundheitsberuf darstellte, der an der Kommunikation teilnahm. Es wurden daher auch gemischte Studien mit in die Ergebnisse übernommen.

Zudem wurden nur die letzten 10 Jahre betrachtet. Dies wurde bewusst so gewählt, da die Ergebnisse der Suchstrategie zeigten, dass vor allem im Verlauf des letzten Jahrzehnts zu den verwendeten Schlagwörtern immer mehr Arbeiten veröffentlicht wurden. Nichtsdestotrotz bildet diese Arbeit dadurch nicht den gesamten Stand der Wissenschaft zum bearbeiteten Thema ab.

Die Ergebnisse wurden außerdem nur von einer Person gescreent sowie ein- und ausgeschlossen, was die Objektivität und Validität der Ergebnisse einschränken kann. Es wäre empfehlenswert, wenn mehrere Individuen diesen Prozess bearbeiten, um einheitliche und reproduzierbare Ergebnisse zu generieren und zu analysieren.

Zusätzlich wurde die Suchstrategie zwar mehrmals adaptiert bis sie fixiert wurde, die bearbeitende Person entwickelte eine solche allerdings zum ersten Mal. Es ist also möglich, dass einige der Arbeit dienliche Ergebnisse dadurch nicht in den Pool der möglichen Ergebnisse gefunden haben.

4.5 Interessenskonflikte

Ein Interessenskonflikt ist nicht vorhanden. Weder wurden Gelder für dieses Projekt zur Verfügung gestellt, noch sind Verbindungen des Autors mit der Industrie oder anderer Institutionen bekannt.

4.6 Ausblick

Für die Zukunft wird erwartet, dass das Bewusstsein über die Rolle der Metapher in der Kommunikation weiter zunimmt. Da sie die Grundlage unseres alltäglichen Handelns und Denkens darstellt, ist das Ausmaß des Einflusses dieser auf Menschen und deren Interaktion nur schwer vorstellbar.

Von künstlicher Intelligenz könnte sowohl die Forschung als auch die Praxis profitieren. Es könnten individualisiertere Metaphern generiert und genutzt werden, sowie über simulierte Gespräche Daten bezüglich der Kommunikation produziert werden.

Zudem wird angenommen, dass Metaphern in die Aus- und Weiterbildung Einzug halten, um als grundlegende kommunikative Kompetenz Bestandteil der Lehre zu werden und so den Umgang sicherer und effektiver zu gestalten.

Literaturverzeichnis

1. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press; 1980. 242 S.
2. Matthews WJ, Conti J, Starr L. Ericksonian Hypnosis: A Review Of the Empirical Data. *Sleep Hypn*. 1999;1(1):47–56.
3. Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FDR. A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. Februar 2002;52(475):114–8.
4. Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD, Watzlawick P. *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. 7. Aufl. Bern: Huber; 1982. 271 S.
5. Schulz von Thun F. *Miteinander reden: Störungen und Klärungen: Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Originalausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1981. 268 S. (Rororo Sachbuch).
6. Rogers CR. *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. 25. Auflage. Pfeiffer WM, Herausgeber. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch; 2021. 234 S. (Fischer-Taschenbücher).
7. Speierer GW. *Das patienten-orientierte Gespräch: Baustein einer personenzentrierten Medizin*. München: Causa-Verl; 1985. 141 S. (Causa-Fachbuch).
8. Forsey J, Ng S, Rowland P, Freeman R, Li C, Woods NN. The Basic Science of Patient-Physician Communication: A Critical Scoping Review. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 1. November 2021;96(11S):S109–18.
9. Koerfer A, C. Albus. *Manual Ärztliche Kommunikation (MÄK)*. 2022 [zitiert 2. August 2025]; Verfügbar unter: <https://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.17245.90080>
10. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(1):25–38.
11. Fremont AM, Cleary PD, Hargraves JL, Rowe RM, Jacobson NB, Ayanian JZ. Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. Dezember 2001;16(12):800–8.
12. Çakmak C, Uğurluoğlu Ö. The Effects of Patient-Centered Communication on Patient Engagement, Health-Related Quality of Life, Service Quality Perception and Patient Satisfaction in Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study in Türkiye. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. 2024;31:10732748241236327.
13. Fritzsche K, Geigges W, Richter D, Wirsching M, Herausgeber. *Psychosomatische Grundversorgung* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016 [zitiert 21. Juli 2025]. Verfügbar unter: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-47744-1>

14. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K, u. a. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med.* August 2011;34(4):244–53.
15. Du L, Wu R, Chen X, Xu J, Ji H, Zhou L. Role of Treatment Adherence, Doctor-Patient Trust, and Communication in Predicting Treatment Effects Among Tuberculosis Patients: Difference Between Urban and Rural Areas. *Patient Prefer Adherence.* 2020;14:2327–36.
16. Venetis MK, Robinson JD, Turkiewicz KL, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Educ Couns.* Dezember 2009;77(3):379–83.
17. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, u. a. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA.* 5. September 2007;298(9):993–1001.
18. Margalit APA, Glick SM, Benbassat J, Cohen A. Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *J Gen Intern Med.* Mai 2004;19(5 Pt 2):485–91.
19. Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed PE, Gulbrandsen P, Poulsen H, Cold S, u. a. Communication Skills Training: A Means to Promote Time-Efficient Patient-Centered Communication in Clinical Practice. *J Patient-Centered Res Rev.* 2021;8(4):307–14.
20. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA.* 23. August 2000;284(8):1021–7.
21. Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MHN, Dunn SM. Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology.* 2002;11(1):47–58.
22. Riedl D, Schübler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother.* Juni 2017;63(2):131–50.
23. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, u. a. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 20. Oktober 2001;323(7318):908–11.
24. Alexander JA, Hearld LR, Mittler JN, Harvey J. Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health Serv Res.* Juni 2012;47(3 Pt 1):1201–23.
25. van Ganse E, Mörk AC, Osman LM, Vermeire P, Laforest L, Marrel A, u. a. Factors affecting adherence to asthma treatment: patient and physician perspectives. *Prim Care Respir J J Gen Pract Airw Group.* Juni 2003;12(2):46–51.
26. Kuzari D, Biderman A, Cwikel J. Attitudes of women with breast cancer regarding the doctor-patient relationship. *Eur J Cancer Care (Engl).* September 2013;22(5):589–96.

27. Kelley JM, Lembo AJ, Ablon JS, Villanueva JJ, Conboy LA, Levy R, u. a. Patient and practitioner influences on the placebo effect in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med.* September 2009;71(7):789–97.
28. Auerbach SM, Clore JN, Kiesler DJ, Orr T, Pegg PO, Quick BG, u. a. Relation of diabetic patients' health-related control appraisals and physician-patient interpersonal impacts to patients' metabolic control and satisfaction with treatment. *J Behav Med.* Februar 2002;25(1):17–31.
29. Wodskou PM, Høst D, Godtfredsen NS, Frølich A. A qualitative study of integrated care from the perspectives of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Serv Res.* 2. Oktober 2014;14:471.
30. Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med.* 2010;8(5):410–7.
31. Bhattacharyya N, Das MK, Chatterjee PS, Biswas R. An intervention study on compliance of diabetes mellitus patients. *J Indian Med Assoc.* Februar 2010;108(2):88–90.
32. Cabana MD, Slish KK, Evans D, Mellins RB, Brown RW, Lin X, u. a. Impact of physician asthma care education on patient outcomes. *Pediatrics.* Juni 2006;117(6):2149–57.
33. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, u. a. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J.* Juli 2006;28(1):123–30.
34. Clark NM, Gong M, Schork MA, Kaciroti N, Evans D, Roloff D, u. a. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *Eur Respir J.* Juli 2000;16(1):15–21.
35. Smith S, Mitchell C, Bowler S. Standard versus patient-centred asthma education in the emergency department: a randomised study. *Eur Respir J.* Mai 2008;31(5):990–7.
36. Yilmaz A, Akkaya E. Evaluation of long-term efficacy of an asthma education programme in an out-patient clinic. *Respir Med.* Juli 2002;96(7):519–24.
37. Thoonen BPA, Schermer TRJ, Jansen M, Smeele I, Jacobs AJE, Grol R, u. a. Asthma education tailored to individual patient needs can optimise partnerships in asthma self-management. *Patient Educ Couns.* August 2002;47(4):355–60.
38. Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sánchez A, Ariño J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* Februar 2007;37(2):283–94.
39. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Educ Couns.* September 2009;76(3):328–35.

40. Koff PB, Jones RH, Cashman JM, Voelkel NF, Vandivier RW. Proactive integrated care improves quality of life in patients with COPD. *Eur Respir J*. Mai 2009;33(5):1031–8.
41. Mackenzie LJ, Sanson-Fisher RW, Carey ML, D'Este CA. Radiation oncology outpatient perceptions of patient-centred care: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2013;3(2):e001265.
42. Martínez-Moragón E, Palop M, de Diego A, Serra J, Pellicer C, Casán P, u. a. Factors affecting quality of life of asthma patients in Spain: the importance of patient education. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2014;42(5):476–84.
43. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, u. a. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. September 2000;49(9):796–804.
44. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10. Juli 2014;32(20):2166–72.
45. Cals JWL, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ*. 5. Mai 2009;338:b1374.
46. Girgis A, Cockburn J, Butow P, Bowman D, Schofield P, Stojanovski E, u. a. Improving patient emotional functioning and psychological morbidity: evaluation of a consultation skills training program for oncologists. *Patient Educ Couns*. Dezember 2009;77(3):456–62.
47. Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, Von Worley A, Vazquez-Benitez G, Parker E, u. a. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 12. Dezember 2011;171(22):2001–10.
48. Snow R, Humphrey C, Sandall J. What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study. *BMJ Open*. 14. November 2013;3(11):e003583.
49. Metapher - Duden. In: Duden [Internet]. 2025. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/96338/revision/1328009>
50. Liu Y, Semino E, Rietjens J, Payne S, 4D PICTURE Consortium. Cancer experience in metaphors: patients, carers, professionals, students - a scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. 19. Dezember 2024;14(e3):e2366–76.
51. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors we live by: with a new afterword*. 6. print. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press; 2011. 276 S.
52. Coulehan J. Metaphor and medicine: narrative in clinical practice. *Yale J Biol Med*. 2003;76(2):87–95.

53. Döring M, Metz U, Ferrario D, Heintze C. „Der Kampf mit den Pfunden“: Zur Relevanz von Metaphern im Wissenstransfer zwischen Arzt und Patient. 16/2009. Verfügbar unter: https://www.metaphorik.de/sites/www.metaphorik.de/files/journal-pdf/16_2009_doering.pdf
54. Liu X. Use of metaphor in provider-patient communication in medical settings: A systematic review. *Patient Educ Couns.* August 2025;137:109184.
55. Sontag S. *Illness as metaphor*. 1. printing. New York: Farrar, Straus and Giroux [u.a.]; 1978. 87 S.
56. Kamps H. Der Patient als Text - Metaphern in der Medizin: Skizzen einer dialogbasierten Medizin. *ZFA - Z Für Allg.* 2004;80(10):438–42.
57. Ten Have H, Gordijn B. Metaphors in medicine. *Med Health Care Philos.* Dezember 2022;25(4):577–8.
58. Masukume G, Zumla A. Analogies and metaphors in clinical medicine. *Clin Med Lond Engl.* Februar 2012;12(1):55–6.
59. Wagner LA. Nutzung von Metaphern durch Medizinstudierende in simulierten Beratungsgesprächen zu diagnostischen Befunden. Universität Hamburg; 2024.
60. von Elm E, Schreiber G, Haupt CC. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen.* Juni 2019;143:1–7.
61. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, u. a. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2. Oktober 2018;169(7):467–73.
62. Magaña D. Cultural competence and metaphor in mental healthcare interactions: A linguistic perspective. *Patient Educ Couns.* Dezember 2019;102(12):2192–8.
63. Declercq J, van Poppel L, Velvis T. Machines, journeys, prisons and yo-yos: Metaphors of pain, illness and medicine in consultations with chronic pain patients. *Soc Sci Med* 1982. August 2023;330:116043.
64. Jepson M, Elliott D, Conefrey C, Wade J, Rooshenas L, Wilson C, u. a. An observational study showed that explaining randomization using gambling-related metaphors and computer-agency descriptions impeded randomized clinical trial recruitment. *J Clin Epidemiol.* Juli 2018;99:75–83.
65. Ha M, Rowe A, Hendrix K, Anwar S, Mang K, Wen F, u. a. Use of Metaphor as an Explanation Tool in Adverse Childhood Experiences Simulation Training. *Perm J.* 15. Dezember 2023;27(4):72–81.
66. Pinheiro APM, Pocock RH, Dixon MD, Shaib WL, Ramalingam SS, Pentz RD. Using Metaphors to Explain Molecular Testing to Cancer Patients. *The Oncologist.* April 2017;22(4):445–9.

67. Delaunay C, Gouveia L. Metaphors as communication tools in fertility care and assisted reproductive technologies in Portugal. *Patient Educ Couns*. 9. Mai 2025;137:108812.
68. Swallow J. Enrolling the body as active agent in cancer treatment: Tracing immunotherapy metaphors and materialities. *Soc Stud Sci*. April 2024;54(2):305–21.
69. Munday I, Newton-John T, Kneebone I. Clinician experience of metaphor in chronic pain communication. *Scand J Pain*. 27. Januar 2023;23(1):88–96.
70. Fatehi A, Table B, Peck S, Mackert M, Ring D. Medical Metaphors: Increasing Clarity but at What Cost? *Arch Bone Jt Surg*. August 2022;10(8):721–8.
71. Chandler C, Azarpey A, Brinkman N, Ring D, Reichel L, Ramtin S. Medical Metaphors That May Reinforce Misconceptions Are Associated With Increased Trust in the Clinician. *Qual Manag Health Care*. 1. Dezember 2024;33(4):246–52.
72. Liu Y, Semino E, Rietjens J, Payne S, 4D PICTURE Consortium. Cancer experience in metaphors: patients, carers, professionals, students - a scoping review. *BMJ Support Palliat Care*. 19. Dezember 2024;14(e3):e2366–76.