

Ingrid Darmann-Finck, Ulrike Böhnke,
Katharina Straß (Hrsg.)

Fallrekonstruktives Lernen

Ein Beitrag zur Professionalisierung
in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit

Mabuse-Verlag
Wissenschaft 111

Fallrekonstruktives Lernen

Ingrid Darmann-Finck, geb. 1964, ist Professorin im Studiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen.

Ulrike Böhnke, geb. 1961, ist Dipl.-Berufspädagogin Pflegewissenschaft und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen.

Katharina Straß, geb. 1966, ist Pflegepädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

Ingrid Darmann-Finck, Ulrike Böhnke,
Katharina Straß (Hrsg.)

Fallrekonstruktives Lernen

Ein Beitrag zur Professionalisierung
in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2009 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069 – 70 79 96-13

Fax: 069 – 70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

ISBN: 978-3-938304-90-7

eISBN: 978-3-86321-672-9

Alle Rechte vorbehalten

INHALT

<i>KATHARINA STRASS, INGRID DARMANN-FINCK, ULRIKE BÖHNKE</i> EINFÜHRUNG	7
<i>INGRID DARMANN-FINCK</i> PROFESSIONALISIERUNG DURCH FALLREKONSTRUKTIVES LERNEN? 11	
<i>ROLF-TORSTEN KRAMER</i> EINE ANWENDUNGSBEZOGENE EINFÜHRUNG IN DIE OBJEKTIVE HERMENEUTIK UND DEREN PROFESSIONALISIERUNGSPOTENTIAL	37
<i>ANDREAS HANSES, PETRA RICHTER</i> BIOGRAPHIEFORSCHUNG	63
<i>PETRA RICHTER, ANDREAS HANSES</i> BIOGRAPHISCHE KONSTRUKTIONEN VON BRUSTKREBS – AUSWERTUNGEN NARRATIVER INTERVIEWS AM BEISPIEL EINES FORSCHUNGSPROJEKTS	83
<i>RUDOLF SCHMITT</i> KRITERIEN EINER SYSTEMATISCHEN METAPHERNANALYSE	101
<i>RUDOLF SCHMITT, ULRIKE BÖHNKE</i> DETAILFUNDE, ÜBERDEUTUNGEN UND EINIGE LICHTBLICKE: METAPHERNANALYSE IN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTLICHEN ANALYSEN	123
<i>PATRIZIA TOLLE</i> ZUR METHODOLOGISCHEN BEDEUTUNG REHISTORISIERENDER DIAGNOSTIK FÜR DAS HANDLUNGSFELD PFLEGE	151
<i>INGRID DARMANN-FINCK, KATHARINA STRASS, ULRIKE BÖHNKE</i> RESÜMEE UND AUSBLICK	171
AUTORINNEN UND AUTOREN	175

Katharina Straß, Ingrid Darmann-Finck, Ulrike Böhnke

Einführung

Ausgangspunkt für die Entstehung des vorliegenden Buches „Fallrekonstruktives Lernen“ war die interdisziplinäre Fachtagung „Rekonstruktive Fallarbeit und Fallverstehen in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege“ im April 2007 am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen – initiiert und durchgeführt von der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung des Instituts. Bis auf den Beitrag zur rehistorisierenden Diagnostik beruhen alle Beiträge auf Vorträgen oder Workshops der Fachtagung.

Professionelles Handeln in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege, das in Interaktionsprozessen auf die autonome Lebenspraxis der beteiligten Akteure gerichtet ist und damit klinische Urteilsbildung erfordert, setzt bei den professionell Handelnden kritisch-reflexive Deutungskompetenz voraus. Fallrekonstruktives Lernen in Anlehnung an die methodisch kontrollierten Vorgehensweisen der rekonstruktiven Sozialforschung kann nach Ansicht der Herausgeberinnen Lehr- und Lernräume schaffen, in denen aus einer kritischen Distanz heraus – im Modus der Handlungsentlastung – Reflexions- und Deutungskompetenz anbahnt werden kann. Durch den Prozess der methodengeleiteten Rekonstruktion authentischer Praxissituationen (Praxis der Berufsfelder Gesundheit und Pflege, unterrichtliche oder hochschullehrende Praxis) kommt es zu einer (angestrebten) Verfremdung der Handlungspraxis, wodurch neue (Ein-) Blicke und Fragen in Bezug auf die Praxis angeregt werden. Die hier vorgestellten Verfahren sind auf Lebenspraxis insofern bezogen, als sie in verschrifteter Form in der Gestalt eines Textes zugänglich ist.

Fokus der Tagung und dieses Buches ist die Darstellung von verschiedenen methodologischen und daraus resultierenden methodischen Zugängen der rekonstruktiven Sozialforschung mit ihren Anregungspotentialen für Bildungsprozesse in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege und die Illustrierung der jeweiligen Methoden an Beispielen.

In ihrem einleitenden und grundlegenden Beitrag zu dem Verhältnis von Professionalisierung und fallrekonstruktivem Lernen entwickelt *Ingrid Darmann-Finck* über eine Auseinandersetzung mit der strukturtheoretischen Professionalisierungstheorie von Oevermann spezifische Besonderheiten professionellen pflegerischen Handelns und Fallverstehens. Vor diesem Hintergrund entfaltet sie Begründungslinien für fallrekonstruktives Lernen in der Pflege und leuchtet darauf bezogen dessen mögliche Bildungspotentiale aus.

Rolf-Torsten Kramer führt in seinem Beitrag in das Vorgehen der Objektiven Hermeneutik ein, indem er zuerst die methodologischen Bestimmungen dieser Methode und daran anschließend die einzelnen Schritte und die konkrete Vorgehensweise darstellt. Die analytische Schrittfolge der Objektiven Hermeneutik wird im dritten Teil des Beitrags an einem konkreten Beispiel illustriert und zum Schluss auf den potenziellen Professionalisierungsertrag dieser Methode rückbezogen.

Andreas Hanses und *Petra Richter* konstatieren in ihrem Beitrag zur Biographieforschung ein gewisses Schattendasein und gleichzeitig ein hohes (Erkenntnis-) Potential dieser Methode in Bezug auf die gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen. Nach Erläuterungen zur Komplexität und möglichen analytischen Dimensionen des Begriffs der Biographie loten sie die Reichweite und Möglichkeiten von biographischer Forschung im gesundheitswissenschaftlichen Feld aus und skizzieren im Anschluss das methodische Vorgehen.

Im direkt folgenden Beitrag von *Petra Richter* und *Andreas Hanses* wird am Beispiel einer Studie zu Krankheits- und Gesundungsprozessen von an Brustkrebs erkrankten Frauen ein Einblick in die Forschungspraxis der Biographieforschung gegeben. Zunächst werden die der Auswertung zugrunde liegenden sensibilisierenden Konzepte vorgestellt und anschließend exemplarisch die Ergebnisse von zwei kontrastierenden Fallrepräsentationen veranschaulicht.

Rudolf Schmitt widmet sich in seinem Beitrag zur Systematischen Metaphernanalyse der Frage, wie aus der Reflexion von Metaphern eine systematische, sinnverstehende Forschungsmethode wird und so als systematische Beschränkung unreflektierter Verallgemeinerung dient. Ausgehend von einer Kritik an selektiven Überdeutungen einzelner Metaphern werden am

Beispiel von metaphorischen Konzepten zu Alkoholkrankheit und -abstinentz systematisierende Auswertungsstrategien, wie z. B. die Suche nach konkurrierenden Konzepten, verdeutlicht.

In dem sich anschließenden Beitrag von *Rudolf Schmitt* und *Ulrike Böhnke* werden eingangs die Potentiale der Systematischen Metaphernanalyse für fallrekonstruktives Lernen mit dem engen und für die Pflege überaus fruchtbaren Zusammenhang von Metaphern und Leib begründet. Im Mittelpunkt des Beitrags steht eine umfassende Darstellung des metaphernanalytischen pflege- und gesundheitswissenschaftlich relevanten Forschungsstands.

Patrizia Tolle stellt in ihrem Beitrag die Methode der rehistorisierenden Diagnostik vor. Im Unterschied zu den anderen in diesem Buch präsentierten Methoden handelt sich bei der rehistorisierenden Diagnostik um eine Methode der Förderung des Fremdverstehens für die berufliche Praxis und nicht um eine Forschungsmethode. In diesem Beitrag wird die Dialektik von Regelwissen und Fallverstehen im Handlungsfeld selbst besonders deutlich; im Prozess der Deutung und Reflexion werden verschiedene Wissensarten wirksam und können nicht gänzlich – weder deduktiv noch induktiv – expliziert werden.

Die Leserinnen und Leser dieses Buches können sich mit unterschiedlichen Methoden der rekonstruktiven Sozialforschung unter der Perspektive des fallrekonstruktiven Lernens auseinandersetzen. Zielgruppe der vorliegenden Publikation sind Hochschullehrende und Studierende der Gesundheits-/Pfle gewissenschaften, der Berufspädagogik und der Sozialarbeitswissenschaften sowie Lehrerinnen und Lehrer der Berufsfelder Gesundheit und Pflege. Die direkte Umsetzung von rekonstruktiver Fallarbeit in einer Lehr-/Lernsituation liegt nicht im Fokus dieser Publikation.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren für die verständnisvolle Zusammenarbeit und für die Bereitschaft, an diesem Buch mitzuarbeiten. Unser Dank gilt außerdem Anne Truter¹, die die Texte mit großer Sorgfalt for-

¹ Frau Truter studiert derzeit im Masterstudiengang Public Health/Pflegewissenschaft an der Universität Bremen.

matiert und vereinheitlicht hat. Allen Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende und vielleicht manchmal auch herausfordernde Lektüre.

Ingrid Darmann-Finck

Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen?

In diesem Beitrag werden Begründungslinien für fallrekonstruktives Lernen in der Pflege entwickelt. Dabei wird insbesondere die These erläutert, dass sich über das fallrekonstruktive Lernen die für professionelles Handeln notwendigen fallverstehenden und kritisch-reflexiven Kompetenzen anbahnen lassen. Inwiefern die Pflege für sich in Anspruch nehmen kann, professionell oder zumindest professionalisierungsfähig zu sein und welches die diesbezüglichen Spezifika pflegerischen Handelns sind, wird im Folgenden zunächst in Auseinandersetzung mit der Oevermannschen strukturtheoretischen Professionalisierungstheorie erörtert. Im zweiten Schritt werden Thesen zu den Besonderheiten des pflegerischen Fallverstehens aufgestellt und abschließend vor diesem Hintergrund die Potentiale des fallrekonstruktiven Lernens für die Pflegebildung ausgeleuchtet.

1. Zur Struktur des pflegerischen Handelns

1.1 Professionelles Handeln im Spiegel der strukturtheoretischen Handlungstheorie von Oevermann

Mit seiner Theorie professionalisierten Handelns versucht Oevermann (2002b; 1996), die Merkmale von Professionen, wie beispielsweise Handlungsautonomie, Prestige und eine eigenständige Berufsethik, auf die Handlungsprobleme zurückzuführen, mit denen sich Professionen beschäftigen. Er vertritt damit eine konservative und die Privilegien der Professionen legitimierende Position. Auch wenn ich diese Position nicht uneingeschränkt teilen kann, ziehe ich die Oevermannsche Theorie dennoch heran, um die Mikrostruktur pflegerischen Handelns zu erhellen.

Oevermann (2002b, 21 ff.) zufolge besteht die Aufgabe von Professionen darin, stellvertretend für Laien deren (manifeste) Krisen zu bewältigen. Mit „normalen“ Krisen ist die Lebenspraxis laufend konfrontiert. Sie resultieren daraus, dass in der Lebenspraxis ständig Entscheidungen hinsichtlich zukünftiger Schritte getroffen werden müssen („Zukunftsoffenheit der Lebenspraxis“), wobei aus einer Vielzahl möglicher Optionen eine ausgewählt werden muss. Wenn der Familienvater zum Beispiel losgeht, um Zigaretten zu holen, hat er anschließend nicht nur die Option, wieder nach Hause zurückzukehren, sondern kann auch einfach von der Bildfläche verschwinden. Die Herausforderung einer begründeten Wahl aus mehreren Optionen bezeichnet Oevermann als „Krise“. Krisenhaft ist die Situation deswegen, weil die Wahl vernünftig und begründet sein muss, um überlebensfähig zu sein, auch wenn für den Handelnden, der ja unter Handlungsdruck steht, die Folgen seines Entschlusses noch nicht absehbar sind. Dieses Dilemma bezeichnet Oevermann als die widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung in der Lebenspraxis. Normalerweise haben die Handelnden für bestimmte, wiederkehrende Situationen Standardlösungen oder „Routinen“ entwickelt, auf die sie üblicherweise zurückgreifen. Der Familienvater denkt beim Zigarettenholen gar nicht weiter darüber nach, sondern schlägt automatisch wieder den Weg nach Hause ein. Wenn aber bei neuen Herausforderungen Routinen fehlen oder aber vorhandene Routinen sich nicht bewähren, entstehen „manifeste Krisen“. Bei der Bewältigung solcher Krisen kann nach Oevermann die Hilfe von Professionen in Anspruch genommen werden.

Professionelle haben nun die Aufgabe, die Unterstützung von Klienten bei der Krisenbewältigung so vorzunehmen, dass deren Autonomie gewahrt bleibt oder wiederhergestellt wird. Konkret bedeutet das, dass aus der „Welt der Möglichkeiten“ die für die jeweilige Person angemessenen Handlungsoptionen gefunden werden müssen. Oevermann verdeutlicht diese Zusammenhänge am Beispiels der Psychotherapie, die für ihn das „Kernmodell professionalisierten Handelns“ (Oevermann 1996, 115) darstellt. In diesem Feld entsteht die manifeste Krise dadurch, dass der Klient stets die Handlungsoptionen auswählt, die seinem neurotischen Muster entsprechen. Gemäß Oevermann soll in der Therapie darauf abgehoben werden, dass der Klient Einsicht in dieses Wahlverhalten erhält und erkennt, welche anderen

Handlungsmöglichkeiten noch bestehen. Diese Unterstützung kann der Professionelle nicht (oder nicht nur) nach dem Modell technischer Rationalität bewerkstelligen, sondern die Wissensanwendung ist eingebettet in die – ebenfalls autonome – Praxis des sog. Arbeitsbündnisses zwischen Professionellem und Klienten.

Das Arbeitsbündnis zwischen Professionellem und Klienten ist durch die Gleichzeitigkeit von diffuser und spezifischer Sozialbeziehung geprägt (vgl. Oevermann 1996, 109 ff.). Im Arbeitsbündnis zwischen einem psychoanalytischen Psychotherapeuten und einem Klienten hat letzterer den Auftrag, „diffus zu sein“, d. h. alles das, was ihm durch den Kopf geht – auch scheinbar Unwichtiges oder Peinliches – dem Therapeuten mitzuteilen. Der Therapeut partizipiert am Modus der diffusen Beziehung, indem er bei sich Gegenübertragungsgefühle zulässt. Diese agiert er jedoch im Sinne der Abstinenzregel nicht aus, sondern seine Aktion erfolgt im Modus der spezifischen – rollenförmigen – Beziehung, indem er dem Patienten ein Feedback über das Wahrgenommene gibt. Auch der Klient verhält sich in Teilen rollenförmig, beispielsweise indem er vereinbarte Termine einhält oder finanzielle Verbindlichkeiten einlöst. Voraussetzung für diesen Prozess ist die durch den Leidensdruck motivierte Selbstbindung des Klienten in die Struktur- und Dynamik des Arbeitsbündnisses. Ziel des Arbeitsbündnisses ist es, stellvertretend für den Ratsuchenden und mit ihm gemeinsam das Problem zu deuten bzw. zu verdeutlichen und den Klienten beim Aufbau von Begründungen für seine Entscheidungen zu unterstützen. Die Entscheidung selbst wird dabei vom Klienten getroffen.

Im Einzelnen bedeutet dies, dass der Therapeut im ersten Schritt die konkrete Fallstrukturgesetzlichkeit des Klienten rekonstruiert. Diesen Verstehensprozess konzipiert Oevermann anhand des sequenzanalytischen Modells der objektiven Hermeneutik, d. h. der Therapeut kontrastiert die an einer gegebenen Sequenzstelle möglichen und sinnlogisch kompatiblen Handlungsoptionen mit den ausgewählten Handlungen und kann darüber die spezifischen Selektionsprinzipien des Klienten ausmachen (vgl. Oevermann 2002a). Aus der Fallrekonstruktion gewinnt der Therapeut im zweiten Schritt durch theoretische Übersetzung die Diagnose, aus der wiederum eine standardisierte Problemlösung abgeleitet werden kann. Diese ist jedoch mit Blick auf die Autonomie des Klienten fallangemessen zu transformieren

(vgl. Oevermann 2002b, 30 f.). Drittens zielt der Professionelle durch mäeutische Gesprächsführung auf Selbsterkenntnis des Klienten und damit auf Autonomieerhalt und –ausweitung ab (vgl. Oevermann 2002b, 31).

Aus dieser Konzeption der Beziehungsstruktur und des Interaktionsprozesses zwischen Therapeuten und Klienten leitet Oevermann (1996, 123 ff.) die notwendigen Fähigkeiten des professionalisierten Therapeuten ab. Die Gestaltung des Arbeitsbündnisses und die Einhaltung der unterschiedlichen Beziehungsmodi setzen die Ausbildung eines Habitus voraus und können nicht durch „Buchwissen“ (Oevermann 1996, 123), sondern nur durch Handlungspraxis erlernt werden. Andererseits müssen Therapeuten aber auch über eine wissenschaftlich gestützte Wissensbasis verfügen, da sie als Professionelle einer gesteigerten Begründungsverpflichtung unterliegen. Daher spricht Oevermann (1996, 123 ff.) von der Notwendigkeit einer doppelten Professionalisierung bzw. Sozialisation: eingeübt werden muss sowohl der wissenschaftliche Diskurs als auch die praktische Vermittlung von Theorie und Praxis im Arbeitsbündnis.

1.2 Spezifika professionellen pflegerischen Handelns

In diesem Kapitel wird anhand einer authentischen Interaktionssequenz² zwischen einem Patienten und einer Pflegenden überprüft, inwiefern die Eigenart pflegerischen Handelns mit der Oevermannschen Theorie erfasst werden kann. Das Beispiel wurde deswegen ausgewählt, weil es der Autorin auch noch nach vielen Jahren intuitiv als gelungene bzw. „professionelle“ Interaktion in Erinnerung geblieben ist.

Die Szene ereignete sich auf einer urologischen Station. Bei dem Patienten handelt es sich um einen 54-jährigen Akademiker, bei dem am Tag zuvor eine transurethrale Resektion der Prostata vorgenommen wurde. Der Patient hat zum Zeitpunkt des Gesprächs noch einen suprapubischen Katheter, über den eine Dauerspülung läuft und einen Harnröhrenkatheter. Die Pflegende, ca. 30 Jahre alt, führt bei dem Patienten einen Verbandswechsel durch, der zum Zeitpunkt der Sequenz fast abgeschlossen ist. Bis dato verlief die Kommunikation relativ sachlich und regelorientiert, die Pflegende hat alle

² Die Sequenz wurde aus dem Datenmaterial von Darmann (2000) entnommen.

Schritte des Verbandswechsels angekündigt und teilweise erklärt. Jetzt muss nur noch eine Kompresse erneuert werden, die am Harnröhrenausgang um den Katheter gewickelt wird.

PK³: So. (..) Da ´n frischen drum.

(..)

Pat: `Ne Schniedelbinde?

PK: Jaaa, oder Schlips wird's auch genannt?

Pat: Ja, Schlips ist auch gut (PK lacht).

(..)

PK: Aber ist leider nur in weiß erhältlich.

Pat: Ja. Och, das ist doch auch schön, ja.

PK: Ja, ne.

Pat: Bildet dann wenigstens `n Kontrast, ne.

PK: Doch (PK und Pat lachen). (...) Gut!

Pat: Das wars schon?

PK: Das wars schon.

Pat: Bestens.

PK: Prima.

Pat: Ich danke schön.

PK: Bitte schön.

Pat: Wenn, wenn Sie wollen, ich habe da in dem äh Buch da gerade aufgeschlagen....

PK: Ja?

Pat: ...historische Spucknäpfe und Nachttöpfe aus dem Biedermeier.

PK: Nein!

Usw.

Ausgangspunkt für die Inanspruchnahme professioneller Leistungen sind Oevermann (1996, 149) zufolge entweder manifeste (in der medizinischen oder psychotherapeutischen Praxis) oder potenzielle Krisen (in der pädagogischen Praxis). Im Fallbeispiel bestand der ursprüngliche Anlass des Patienten, professionelle Hilfe aufzusuchen, vermutlich in Symptomen einer Prostatahypertrophie, für die es unterschiedliche Ursachen geben kann, die im Nachhinein nicht mehr rekonstruiert werden können. Diese krisenhafte

³ Zeichenerklärung

PK = Pflegekraft

Pat = Patient

(...) = Pause, ein Punkt entspricht einer Sekunde

Situation wurde gelöst durch die Unterstützung von den behandelnden Ärzten getroffene Entscheidung, die Prostata zu rezidieren. Der Verbandwechsel in der vorliegenden Situation ist vor diesem Hintergrund nicht selbst als Krise, sondern als Folge dieser Entscheidung zu interpretieren. Gleichwohl kann die zur Diskussion stehende Pflegesituation durchaus als krisenhaft bezeichnet werden, denn der angestrebte Verbandwechsel am Penis, vorgenommen durch eine weibliche, ca. 30-jährige Pflegekraft, dürfte für den mit 54 Jahren noch relativ jungen Patienten mit einer erheblichen emotionalen Belastung und Verhaltensunsicherheiten einhergehen. In der Regel verändern Krankheit, Alter, Behinderung und Geburt das Leben der Betroffenen und fordern dazu heraus, neue Bewältigungsstrategien aufzubauen. Grundsätzlich könnte daraus eine latente therapeutische Dimension der pflegerischen Praxis abgeleitet werden, die darin besteht, dass die Patienten oft (noch) keine Routinen für die Bewältigung neu entstandenen (Selbst-)Pflegebedarfs entwickelt haben, Pflegende diese Selbstpflege- und Kompetenzdefizite erkennen und den Aufbau der erforderlichen Fähigkeiten durch gezielte Impulse fördern. Das pflegerische Handeln könnte als Unterstützung bei der Entwicklung von an die jeweilige Lebenspraxis der Patienten angepassten Handlungsalternativen bei der Krankheitsbewältigung konzipiert werden. Plausibel ist diese Konzeption pflegerischen Handelns insbesondere vor dem Hintergrund der Krankheitsverlaufskurve bei chronisch Kranken (vgl. Corbin/Strauss 2004). Gegenwärtig liegen aber die strukturellen Voraussetzungen für eine solche Konzeption pflegerischen Handelns in der Regel zumindest in der Bundesrepublik nicht vor. In der beschriebenen Situation beispielsweise wird die pflegerische Dienstleistung in erster Linie in Anspruch genommen, weil der Patient nicht dazu in der Lage ist, den durch den operativen Eingriff entstandenen Selbstpflegebedarf (z. B. Verbandwechsel und Spülung) selbst zu befriedigen. In der Regel – und dies belegen beispielsweise die Studien von Darmann (2000), Busch (1996) und Elsbernd/Glane (1996) – erwarten Patienten nicht, dass Pflegende mit ihnen die psychische Krisenhaftigkeit der Situation aufarbeiten, sondern eher einen freundlichen, hilfsbereiten, zugewandten und geduldigen Umgang. Eine potenzielle Krise und eine therapeutische Dimension sind daher zwar latent vorhanden, es besteht aber von Seiten des Patienten kein (psycho-) therapeutischer Auftrag.