

Kognitiver Blick auf Körper und Geschlecht

Optimierung der Differentialdiagnostik und Anamnese durch Überwindung kognitiver Stolperfallen

Alex Gastel

Wissenschaftstexter

Worum geht's?

- Alle Menschen haben **kognitive Biases**: Niemand von uns nimmt eine objektive Realität wahr, ohne Filter und ohne Verzerrungen. Das ist nicht böswillig oder sonstwie intentional, es passiert einfach unbewusst.
- Bei **ÄrztInnen** wirken sich solche Biases auf die gesamte Interaktion mit allen PatientInnen aus -> Sie können beispielsweise zu **Fehldiagnosen** führen
- **Trans***-Menschen und **intersexuelle** Menschen sind von einigen dieser Biases in besonderem Maße oder auf besondere Art und Weise betroffen (Erläuterung folgt gleich).



1 Ich erkläre die wichtigsten Biases und zeige auf, **wie ÄrztInnen sich gegen solche Biases wappnen können**. Dabei konzentriere ich mich auf Situationen, in denen Trans*- und intersexuelle Menschen **nicht** aufgrund ihrer Geschlechtsidentität zu einer ÄrztIn kommen. Zum Beispiel bei einer Grippe, einer Fraktur...

2 Ich zeige **kommunikative Maßnahmen** auf, mit denen das Gespräch zwischen ÄrztIn und Trans*- oder Inter-PatientInnen insgesamt optimiert werden kann. Dabei erläutere ich auch, wie dadurch auch einige der **Biases** weiter abgeschwächt werden können.

Aufbau

1. Einleitung:

- Worum geht's? Was sind kognitive Stolperfallen?
- Warum sollte man sich damit beschäftigen?

2. Kognitive Biases, die besonders relevant bei Trans*- oder InterpatientInnen sind

3. Kognitive Biases, die allgemein eine große Rolle in der Medizin spielen (Kurzüberblick)

4. Wie sich die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und Trans*/InterpatientInnen verbessern lässt

Warum ausgerechnet Trans*- und Intermenschen im Fokus?

Definition von Trans*: Menschen, die sich einem anderen Geschlecht zugehörig fühlen als dem, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

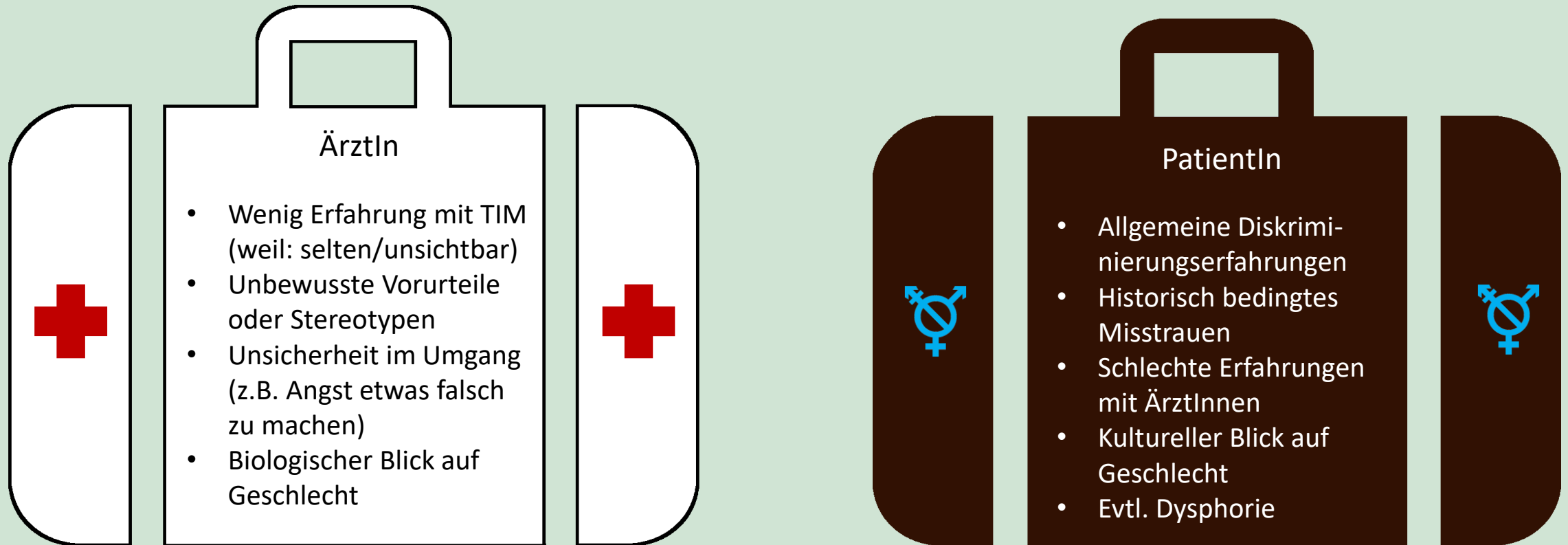
Definition von Intersexuell: Menschen, die in einem oder mehreren Merkmalen (Hormonwerte, Chromosomen, Geschlechtsorgane...) nicht den typischen Kategorien von biologisch männlich oder biologisch weiblich entsprechen.

im
Weiteren
abgekürzt:
TIM

➔ Weil bei dieser PatientInnen-gruppe auf beiden Seiten (ÄrztIn & PatientIn) besonders viel ‚**Ballast**‘ mitgebracht wird.

➔ **Asymmetrie** (ungleiches Machtverhältnis) zwischen ÄrztIn und PatientIn wird verstärkt.

Warum ausgerechnet Trans*- und Intermenschen im Fokus?



Natürlich gibt es noch viele **andere Menschengruppen**, bei denen spezielle Biases auf die ärztliche Wahrnehmung und das ärztliche Denken einwirken. Selbstverständlich ist es bei all diesen Gruppen ebenso wichtig, sich mit diesen Biases zu beschäftigen! Nur einige Beispiele für solche Gruppen sind: Alte Menschen, Ethnizitäten, Wohnungslose, Menschen mit psychischen Erkrankungen....

Warum ausgerechnet Trans*- und Intermenschen im Fokus?

Sind Sie eigentlich mit Ihrem Geschlecht zufrieden?

Ihre Vagina sieht ja richtig echt aus!

Warum haben Sie denn Ihren Namen geändert?

Oh, damit hatte ich jetzt nicht gerechnet!

Ich kann Sie nicht behandeln, ich kenne mich mit Hermaphroditen nicht aus.

Ob ich sagen sollte, dass ich trans bin?

Ob die Ärztin sich für mich genausoviel Mühe gibt wie für andere Patienten?

Soll ich ihn korrigieren oder wird er dann wütend?

Kann ich einen Binder anziehen oder macht das Probleme bei der Untersuchung?

Warum sollte einen das interessieren? Was bringt das?

1

Ärztliche Biases zu verringern hat insbesondere den folgenden Effekt:

Die Wahrscheinlichkeit für Fehldiagnosen sinkt.

2

Im Zuge dessen und darüber hinaus **die Kommunikation mit TIM-PatientInnen zu optimieren**, hat folgende Effekte:

- Optimiert die **Anamnese**: ÄrztIn bekommt ausführlichere und wahrheitsgetreuere Informationen, wenn die PatientIn ihr vertraut
- **Compliance** steigt
- Verringert die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die PatientIn die ÄrztIn wechselt
- Verbessert den **Therapieerfolg** (durch Verstärkung des Placebo-Effektes). Das bedeutet auch: Verkürzt die Therapiedauer
- Die PatientIn zögert Arztbesuche nicht mehr so lange heraus

Kognitive Stolperfallen: Kognitive Biases

Kognitive Biases, die besonders relevant bei Trans*-
oder InterpatientInnen sind



- Attribution Bias
- Availability Bias
- Anchoring
- Affect Heuristic



1. Definition
2. Beispiel aus dem Alltag
3. Allgemeine medizinische Beispiele
4. Wie zeigt sich der Bias bei einer ÄrztIn gegenüber einer TIM-PatientIn?
5. Wie kann man als ÄrztIn dem Bias entgegenwirken?
6. Wie kann man als PatientIn dem Bias entgegenwirken?

Attribution Bias (Attributionsfehler)

Definition



Wir begründen das Verhalten Anderer mit ihren (mutmaßlichen) **Charaktereigenschaften** anstatt mit **situationsbedingten Faktoren**.

Beispiel aus dem Alltag



Wenn andere AutofahrerInnen zu schnell fahren, begründen wir das damit, dass sie egoistisch seien oder AngeberInnen oder schlichtweg schlechte Menschen. Wenn wir selbst zu schnell fahren, begründen wir das mit der Situation: ein wichtiger Termin, ein Notfall, dringend aufs Klo müssen...

Allg. med. Beispiele



- Wenn ÄrztInnen Symptome von Menschen mit psychischen Krankheiten nicht ernstnehmen
- Wenn ÄrztInnen Symptome von Menschen nicht ernst nehmen, die sie für unzuverlässig, überempfindlich, melodramatisch usw. halten

ÄrztIn gegenüber TIM



TIM-Stereotyp: „wollen Aufmerksamkeit“, „wollen etwas Besonderes sein“, „nicht richtig im Kopf“
Gefahr: Durch einen Attribution Bias könnten Symptombereiche der PatientIn auf diese angenommenen stereotypen Charaktereigenschaften (z.B. Aufmerksamkeitsbedürfnis) zurückgeführt werden.

Attribution Bias (Attributionsfehler)

Gegenmittel



Für ÄrztInnen

- Habe ich alle berichteten Symptome ernstgenommen? Bin ich allen Symptomen nachgegangen?
- Gibt es objektive Gründe, der PatientIn nicht zu glauben? Zum Beispiel offensichtlich und objektiv widerlegbare Aussagen.
- Im Zweifelsfall sollte der PatientIn lieber geglaubt werden als nicht (von sehr seltenen Extremfällen wie Münchhausen-Syndrom abgesehen)
- Überlegen Sie: Ist Ihnen die PatientIn unsympathisch? Wenn ja, seien Sie in Anamnese und Diagnose besonders sorgfältig!
- Denken Sie daran: Selbst wenn die PatientIn die angenommenen Charaktereigenschaften besitzt, muss den Symptomen trotzdem nachgegangen werden

Gegenmittel



Für PatientInnen

Kommunizieren Sie offen einen möglichen Attribution Bias. Zum Beispiel: „Ich habe Sorge, nicht ernst genommen zu werden. Denn viele Leute denken, Transmenschen wollen immer nur Aufmerksamkeit. Aber ich bin hier, weil ich Schmerzen habe und nicht, weil ich Aufmerksamkeit will.“

Availability Bias (Verfügbarkeitsfehler)

Definition



Wir urteilen über eine Sache oder ein Ereignis (z.B. Wichtigkeit/Häufigkeit/Wahrscheinlichkeit) anhand dessen, wie viele und wie leicht uns **passende Beispiele** einfallen.

Beispiel aus dem Alltag



Nachdem wir Berichte über einen Flugzeugabsturz in den Medien gelesen haben, schätzen wir die Häufigkeit von Flugzeugabstürzen und die Wahrscheinlichkeit dafür übermäßig hoch ein (weil ein Beispiel kognitiv leicht verfügbar ist).

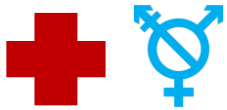
Allg. med. Beispiele



ÄrztInnen überschätzen die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten, die sie kürzlich diagnostiziert haben (und diagnostizieren sie danach häufiger).

Availability Bias (Verfügbarkeitsfehler)

ÄrztIn gegen-
über TIM



Wenn ÄrztInnen eine TIM-PatientIn vor sich haben, sind vor allem Beispiele verfügbar, in denen es um das **Geschlecht von TIM** geht:

- In den Medien geht es vor allem um das Geschlecht und die Geschlechtsidentität von TIM
- Im Studium lernen ÄrztInnen in der Regel nur Details zu hormonellen oder operativen Eingriffen bei TIM

-> Die Wahrscheinlichkeit, dass das Geschlecht der PatientIn **relevant für die Diagnose oder Therapie** ist, wird überschätzt.

Gegenmittel



Für ÄrztInnen

- Arbeiten Sie mit **Analogien**. Fragen Sie sich: Würde ich bei einer PatientIn, die **nicht** TIM ist, aber die gleichen Symptome hat, auch nach den Hormonwerten oder gynäkologischen/urologischen Operationen fragen?
- Wenn Sie glauben, die Symptome hängen mit dem Geschlecht der PatientIn zusammen: Erzeugen Sie dennoch ganz bewusst eine **Liste an Alternativen**. Was könnte noch die Ursache der Symptome sein?

Availability Bias (Verfügbarkeitsfehler)

Gegenmittel



Für ÄrztInnen

Falls sie tatsächlich zu dem Schluss kommen, dass das Geschlecht relevant ist, sollten Sie sehr **bewusst und vorsichtig kommunizieren**:

- Erläutern Sie die Ursachen für Ihre Fragen. Zum Beispiel: „Ich glaube, Ihre Hormonwerte sind für die Diagnose relevant, weil [...]“
- Formulieren Sie die Fragen so **allgemein**, wie Sie auch bei PatientInnen formulieren würden, die nicht TIM sind:
 - ✗ „Hatten Sie eine Geschlechts-OP?“, „Haben Sie einen Penis?“, „Wurden Sie schon umoperiert?“
 - ✓ „Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres irgendwelche OPs im Beckenbereich?“

Gegenmittel



Für PatientInnen

- Fragen Sie gezielt nach der **Relevanz**: „Können Sie mir erklären, warum das wichtig für die Diagnose ist?“
- Fragen Sie nach **alternativen Diagnosen**: „Was könnte es denn noch sein? Was müssen wir noch abklären?“

Anchoring (Ankerheuristik)

Definition



Wir geben der **ersten Information** das stärkste Gewicht. Alle weiteren Informationen werden mit dem Anker verglichen, daran bemessen oder daran angepasst.

Beispiel aus dem Alltag



Bei einem Rabatt kommt uns das Produkt umso günstiger vor, je größer der Unterschied zum alten Preis ist. Der aktuelle Preis spielt nur eine geringe Rolle. Der alte Preis dient als ‚Anker‘.

All. med. Beispiele



Bei einer Überweisung sieht die ÄrztIn möglicherweise als erstes die Diagnose der überweisenden ÄrztIn. Diese Diagnose (ob richtig oder falsch) wird dann zum Anker für Anamnese, weitere Tests...

ÄrztIn gegenüber TIM



Bei manchen TIM ist die Abweichung zu prototypischen Geschlechtskategorien sehr markant – es ist das Erste, was die ÄrztIn an der PatientIn bemerkt. Dem Geschlecht wird dann als Anker ein **zu großes Gewicht** gegeben -> gleicher Effekt wie Availability Bias

Anchoring (Ankerheuristik)

Siehe Availability Bias (ähnlicher Effekt bei TIM-PatientInnen)

Gegenmittel



Für ÄrztInnen

- Analogien
- Liste an alternativen Diagnosen
- Gründe für Fragen erläutern
- Fragen allgemein formulieren, wie bei anderen PatientInnen auch

Gegenmittel



Für PatientInnen

- Nach Relevanz fragen
- Nach alternativen Diagnosen fragen

Affect Heuristic (Affektheuristik)

Definition



Wir lassen unsere **Emotionen** in Entscheidungen einfließen, die nichts mit Emotionen zu tun haben - bei denen eine Emotion also rational keinerlei Wissen oder Mehrwert bietet.

Beispiel aus dem Alltag



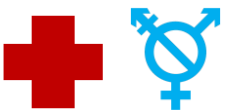
Benutzen wir praktisch immer und überall. Beispiel: Wir sind eher bereit, einen Gegenstand gegen Verlust zu versichern, wenn wir eine starke emotionale Bindung dazu haben.

Allg. med. Beispiele



- Sich für die Diagnose mit **besserer Prognose** entscheiden, weil die PatientIn sympathisch/jung/gutaussehend ist oder kleine Kinder hat
- Weniger Zeit & Energie in die Therapie stecken, weil man das Gefühl hat, die PatientIn ist selbst schuld (z.B. Übergewicht, RaucherInnen etc.)

ÄrztIn gegenüber TIM



Überdurchschnittlich **starke Gefühle** (TIM polarisieren): Von Solidarität bis Ekel

- Positive Gefühle (seltener): Übermäßiger Optimismus, Vermeidung von Tests auf gefährliche Krankheiten usw.
- Negative Gefühle: Minimierung der Interaktion – also auch weniger Tests und weniger Nachfolgetermine etc., Übermäßiger Pessimismus

Affect Heuristic (Affektheuristik)

Gegenmittel



Für ÄrztInnen

Fragen Sie sich: Ist mir die PatientIn besonders sympathisch oder unsympathisch? Welche Gefühle habe ich ihr gegenüber?

- **Bei positiven Gefühlen:** Fragen Sie sich immer, ob es auch eine schlimmere Diagnose geben könnte, der sie aufgrund Ihrer positiven Gefühle bisher zu wenig Beachtung geschenkt haben
- **Bei negativen Gefühlen:** Räumen Sie der PatientIn besonders viel Zeit ein und verhalten Sie sich und besonders freundlich. Nur in der Klinik (nicht Praxis) könnten Sie die PatientIn eventuell an eine Kollegin verweisen.
- Falls sie TIM gegenüber **grundsätzlich negative Gefühle** haben: Suchen Sie außerhalb des medizinischen Kontexts Kontakt zu TIM (queere Veranstaltungen etc.).

Gegenmittel

Für PatientInnen

Falls Sie das Gefühl haben, dass Ihre ÄrztIn negative Emotionen Ihnen gegenüber zeigt: Überlegen Sie, die ÄrztIn zu wechseln.

Verstärkend wirkende Biases

Die vier wichtigsten Biases von ÄrztInnen gegenüber TIM sind also:




Attribution Bias: Symptomberichte werden nicht ernstgenommen und negativen Charaktereigenschaften zugeschrieben.
Availability Bias und Anchoring: Das Geschlecht wird als übermäßig wichtig für die Differentialdiagnose eingeschätzt.
Affect Heuristic: Aufgrund negativer Gefühle wird die Interaktion mit der PatientIn minimiert.

Viele weitere kognitive Biases verstärken diese Effekte noch:

(Die folgenden Definition sind schon auf die Klinik bezogen. Die Biases sind aber weiterhin allgemeine kognitive Biases)



Confirmation Bias: Informationen, die die Diagnose bestätigen, werden stärker gewichtet.
Hindsight Bias: Eine Diagnose erscheint im Rückblick vorhersehbar, nachdem sie bestätigt wurde.
Satisficing: Nachdem eine mögliche Diagnose gefunden wurde, wird nicht mehr weitergesucht.
Need for Closure: Unsicherheit wird vermieden, indem früh die Festlegung auf eine Diagnose erfolgt.

 Kann zu **Diagnosis Momentum** führen: Je länger eine Diagnose bestehen bleibt, desto schwerer ist sie zu ändern.

Allgemeine Gegenmittel gegen kognitive Biases in der Medizin



Liste an Alternativen

Überlegen Sie sich immer wieder, zu verschiedenen Zeitpunkten der Diagnosestellung und Therapie: Was könnte es noch sein? Könnten auch mehrere Ursachen vorliegen? Hilft gegen: **Confirmation Bias, Satisficing, Need for Closure.**



Konzentration auf die primären Daten

Versuchen Sie, bereits vorliegende Diagnosen und Tests zunächst nicht zu beachten. So sind sie in der Anamnese unvoreingenommen. Überlegen Sie dann: Welche Tests würde ich durchführen? Schauen Sie sich erst dann die Daten aus vorliegenden Testergebnissen an. Stellen Sie erst dann Ihre Differentialdiagnose auf. Als letzten Punkt schauen Sie sich bereits getroffene Diagnosen anderer ÄrztInnen an. Hilft gegen: **Anchoring, Confirmation Bias, Satisficing.**



Bewusstsein über die eigenen Schwächen

Informieren Sie sich weiter über Biases in der Medizin. Machen Sie sich außerdem Ihrer Einstellung gegenüber verschiedenen PatientInnengruppen bewusst. Wo haben Sie negative Emotionen? **Hilft gegen alles, demgegenüber Sie ein Problembewusstsein entwickeln.**

Allgemeine Gegenmittel gegen kognitive Biases in der Medizin



Unsicherheit zulassen und sogar kommunizieren

Stellen Sie keine Diagnose, nur um eine Diagnose zu haben (zum Beispiel eine vorläufige Diagnose, noch bevor sie Testergebnisse haben). Fragen Sie sich: Bin ich mir wirklich sicher? Oder stelle ich die Diagnose nur, bis ich etwas gefunden habe, was besser passt? Hilft gegen: **Confirmation Bias, Satisficing, Need for Closure.**

Beispiel für die Kommunikation mit der PatientIn: „Im Moment kann ich noch nicht sicher sein, um was es sich handelt. Ich muss erst noch einige Tests durchführen. Ich weiß, dass diese Unsicherheit unangenehm für Sie ist, aber das ist besser, als wenn Sie aufgrund von Voreiligkeit eine falsche Diagnose bekommen. Wir finden das zusammen heraus.“



Paradoxically, taking uncertainty into account can enhance a physician's therapeutic effectiveness, because it demonstrates his honesty, his willingness to be more engaged with his patients, his commitment to the reality of the situation rather than resorting to evasion, half-truth, and even lies. And it makes it easier for the doctor to change course if the first strategy fails, to keep trying. Uncertainty sometimes is essential for success.

Jerome Groopman: How Doctors Think (2008)

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern

Welche kommunikativen Maßnahmen können an welchen Punkten des ärztlichen Gesprächs angewendet werden?

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern



Bei der Begrüßung

PRONOMEN und ANREDE

- Benutzen Sie die Pronomen und die Anrede, die der Geschlechtsidentität der PatientIn entsprechen – wenn Sie sich hundertprozentig über die Identität sicher sind: „sie“ und „Frau“ für Menschen mit weiblicher Geschlechtsidentität und „er“ und „Herr“ für Menschen mit männlicher Geschlechtsidentität.
- Wenn Sie sich nicht sicher sind, fragen Sie nach:
 - ✗ „Sind sie ein Mann oder eine Frau?“, „Was sind Sie denn?“, „Ja, was denn jetzt?“
 - ✓ „Darf ich fragen, welche Anredeform Sie bevorzugen?“, „Darf ich nach Ihren bevorzugten Pronomen fragen?“
- Wenn die PatientIn keine der binären Formen (Herr/Frau, er/sie) benutzen möchte, ist die Anrede mit dem Vornamen eine Option. Die professionelle Distanz kann durch das Siezen weiterhin ausreichend gewahrt werden.
- Kommentieren Sie das Geschlecht bzw. die Geschlechtsidentität der PatientIn nicht weiter.
 - ✗ „Das hätte ich jetzt aber nicht gedacht“, „Das sieht man Ihnen gar nicht an“

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern

Bei der Anamnese

NUR RELEVANTE FRAGEN ZU GESCHLECHTSMERKMALEN

- Arbeiten Sie wieder mit **Analogien**. Fragen Sie sich: Würde ich bei einer PatientIn, die **nicht** TIM ist, aber die gleichen Symptome hat, auch nach den Hormonwerten oder Geschlechtsorganen fragen?
- Stellen Sie keine Fragen aus Neugier. Wenn Sie sich für TIM interessieren, fragen Sie bei entsprechenden Organisationen nach (oder kommen Sie gerne zu meinem Workshop am 19.07.).

GRÜNDE FÜR FRAGEN ERLÄUTERN

- ✓ „Ich glaube, Ihre Hormonwerte sind für die Diagnose relevant, weil [...]“
- Formulieren Sie die Fragen so allgemein, wie Sie auch bei PatientInnen formulieren würden, die nicht TIM sind:
 - ✗ „Hatten Sie eine Geschlechts-OP?“, „Haben Sie einen Penis?“, „Wurden Sie schon umoperiert?“
 - ✓ „Hatten Sie innerhalb des letzten Jahres irgendwelche OPs im Beckenbereich?“



?



!

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern



Bei der körperlichen Untersuchung

KEINE BEZUGNAHME AUF GESCHLECHT ODER GESCHLECHTSIDENTITÄT

- Selbverständlich: Führen Sie nur körperliche Untersuchungen durch, die notwendig sind. Führen Sie keine Untersuchungen durch, die Ihre persönliche Neugierde befriedigen.
- Und wieder: **Analogien**. Würden Sie bei einer PatientIn, die **nicht** TIM ist, aber die gleichen Symptome hat, auch die Geschlechtsorgan untersuchen oder Fragen zur Geschlechtsidentität stellen?
 - ✗ „Ihre Vagina sieht ja richtig echt aus“
 - ✗ „Man sieht Ihnen gar nicht an, dass Sie trans sind“
 - ✗ „Sind Sie zufrieden mit Ihrem Geschlecht?“
 - ✗ „Ah, Sie sind ja noch gar nicht operiert“
 - ✗ „Oh, damit hatte ich jetzt nicht gerechnet“

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern

Eingeordnet in den **Calgary-Cambridge-Guide** des ärztlichen Gesprächs:

Strukturierung des Gesprächs

Gesprächsstruktur transparent machen

Gespräch im Fluss halten

Gespräch leiten

Gesprächsinitialisierung

- Gesprächsvorbereitung
- Beziehung aufbauen
- Gründe für die Konsultation in Erfahrung bringen

Informationsakquise

Blick auf die Probleme und Wünsche der PatientIn aus drei Perspektiven:

- Biomedizinische Perspektive
- PatientInnenperspektive
- Hintergrundinfos und Kontext

Körperliche Untersuchung

Befunderklärung und Planung

- Geeignete Informationen geben (Menge und Art)
- Verstehen und Erinnern fördern
- Gemeinsames Verständnis erreichen: die PatientInnenumstände einbeziehen
- Partizipative Entscheidungsfindung: shared decision making

Gesprächsabschluss

- Einen angemessenen Gesprächsabschluss sicherstellen
- Perspektive und Planung

Beziehungsaufbau und -pflege

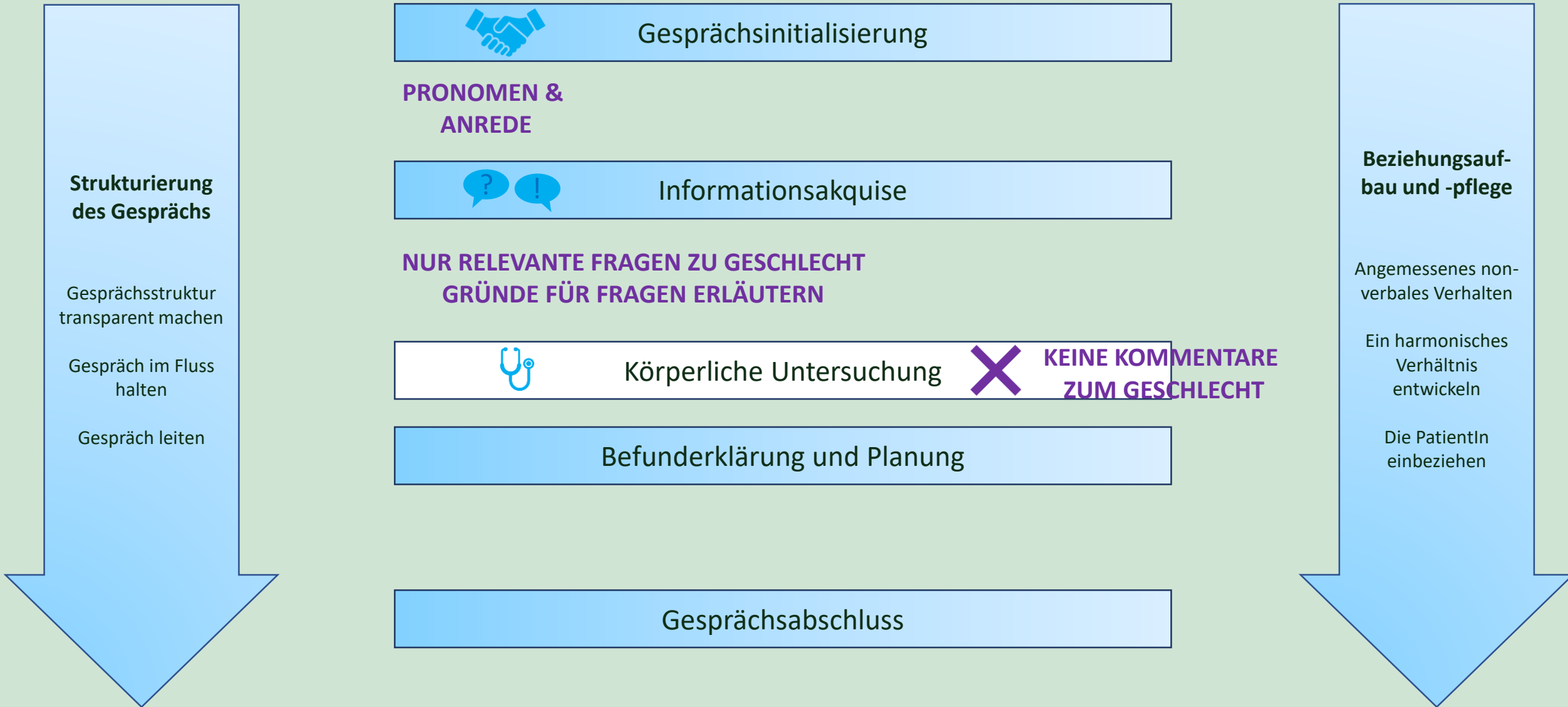
Angemessenes non-verbales Verhalten

Ein harmonisches Verhältnis entwickeln

Die PatientIn einbeziehen

Die Kommunikation mit TIM-PatientInnen verbessern

Eingeordnet in den **Calgary-Cambridge-Guide** des ärztlichen Gesprächs:



Fragen und Diskussionsanregungen

- Haben Sie konkrete **Fallbeispiele** aus Ihren Erfahrungen als ÄrztIn (oder PatientIn), bei denen kognitive Biases eine Rolle gespielt haben könnten?
- Wo sehen Sie bei sich **mögliche Unsicherheiten oder Probleme** im Umgang mit TIM-PatientInnen?
- Welche besonderen Aufgaben oder welche besondere Verantwortung sehen Sie bei TIM-PatientInnen?
- Was könnte im **allgemeinen medizinischen Umfeld** (Wartezimmer, Klinik...) getan werden, um das Verhältnis von ÄrztInnen und TIM-PatientInnen zu verbessern?



Noch mehr Fragen können Sie in
meinem **Workshop** stellen:

19. Juli 2016

15:30-17:30 Uhr

„Was sie trans- und intersexuelle
PatientInnen schon immer
fragen wollten – und warum Sie
stattdessen besser mich fragen“

Literaturtipps und Quellen

Kognitive Biases (allgemein)

Populärwissenschaftlich:

- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Macmillan.

Wissenschaftlich:

- Tversky, A., & Kahneman, D. (1975). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. In *Utility, probability, and human decision making* (pp. 141-162). Springer Netherlands.
- Gigerenzer, G., & Goldstein, D. G. (1996). Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychological review*, *103*(4), 650.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1996). On the reality of cognitive illusions. *Psychological Review*, *103*(3), 582–591.

Literaturtipps und Quellen

Kognitive Biases in der Medizin

Populärwissenschaftlich:

- Groopman, J. (2008). *How doctors think*. Houghton Mifflin Harcourt.

Wissenschaftlich:

- Croskerry, P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic medicine*, 78(8), 775-780.
- Elstein, A. S., & Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7339), 729.
- Croskerry, P. (2002). Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1184-1204.

Literaturtipps und Quellen

Arzt-Patienten-Kommunikation

Lehrbuch:

- Bechmann, S. (2014). *Medizinische Kommunikation: Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung* (Vol. 4132). UTB.

Wissenschaftlich:

- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, *40*(7), 903-918.
- Woolley, F. R., Kane, R. L., Hughes, C. C., & Wright, D. D. (1978). The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, *12*, 123-128.
- Waitzkin, H. (1984). Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *Jama*, *252*(17), 2441-2446.

Literaturtipps und Quellen

TIM-PatientInnen: Diskriminierung/Herausforderungen

Wissenschaftlich:

- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Medical care, 51*(9), 819-822.
- Redfern, J. S., & Sinclair, B. (2014). Improving health care encounters and communication with transgender patients. *Journal of Communication in Healthcare, 7*(1), 25-40.
- Bonvicini, K. A., & Perlin, M. J. (2003). The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling, 51*(2), 115-122.