



Linguistik-Server Essen

Victoria Meier

„unten frei machen und auf den Stuhl“

Eine linguistische Analyse von Praxisgesprächen am
Beispiel der Gynäkologie

©Redaktion LINSE (Linguistik-Server Essen); Erscheinungsjahr: 2006
Universität Duisburg-Essen, Campus Essen
Fachbereich Geisteswissenschaften Germanistik/Linguistik
Universitätsstraße 12, D-45117 Essen
<http://www.linse.uni-essen.de>

Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion gestattet.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 3
2. Der Begriff des Gesprächs und seine Struktur	Seite 5
3. Interaktion von Arzt und Patient	Seite 8
3.1. Fragesequenzen im Praxisgespräch	Seite 14
3.2. Ein Beispiel deutscher Fachsprachen: Die Wissenschaftssprache der Medizin	Seite 17
4. Transkriptionskonventionen	Seite 20
5. Quantitative Auswertung des aufgezeichneten Materials	Seite 22
6. Auswirkungen des beruflichen Hintergrunds des Patienten auf die Arzt-Patienten-Interaktion	Seite 24
6.1. Gespräch 1/Dialog mit Frau Schulz	Seite 24
6.2. Gespräch 2/Dialog mit Frau Korten	Seite 26
6.3. Gespräch 3/Dialog mit Frau Brehmendorf	Seite 29
6.4. Gespräch 4/Dialog mit Frau Müller	Seite 31
7. Resümee	Seite 35
8. Quellenverzeichnis	Seite 37
8.1. Literaturverzeichnis	Seite 37
8.2. Internetquellen	Seite 37
9. Anhang (vollständige Transkripte)	Seite 38

1. Einleitung

In den letzten Jahren ist ein verstärktes Interesse am Kommunikationsverhalten von Ärzten aufgetreten. Zeitnot ist ein ständiger Begleiter im Praxisalltag, was dazu führt, dass der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten eine völlig untergeordnete Rolle in der Diagnoseerstellung und Behandlung zugeschrieben wird. Man muss beachten, dass Ärzte in den ersten Jahren ihrer Ausbildung kaum Kontakt mit Patienten haben. Wenn sie eine eigene Praxis eröffnen, müssen sie sich erstmals Gedanken über ein eigenes Gesprächskonzept machen. Das Fehlen von geschächseröffnenden und beendenden Ritualen bis hin zur völligen Strukturlosigkeit der Gespräche ist in ärztlichen Praxen aber auch im Krankenhausalltag verbreitet. Angespannte Situationen zwischen dem Behandelnden und dem Patienten sind eine zwangsläufige Folge dieses Kommunikationsproblems. Seit Beginn der 80er Jahre erscheinen regelmäßig Untersuchungen zur Mitarbeit der Patienten an der ärztlich verordneten Therapie. Hierbei wurde deutlich, dass bis zu 90% der Patienten ihre Therapieverordnungen nicht einhalten.

Das österreichische Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung erarbeitete 1983 ein Kommunikationstraining für Ärzte und gilt als Vorreiter auf dem Weg zu einem bewussten Kommunikationsverhalten von Medizinerinnen. Eines der großen Probleme bei diesem Training war das mangelnde Bewusstsein für entstandene Probleme in ihrer Arbeit, resultierend aus kommunikativen Schwächen. Dieses Bewusstsein sollte durch Referate aus der Sicht der Linguistik und der medizinischen Psychologie geweckt werden. Gruppenarbeit, Rollenspiele und Gesprächsrunden wurden genutzt, um neue Gesprächsmethoden zu testen. Besonders die Analyse von transkribierten Tonbandaufnahmen bildete eine Basis für weitgehende linguistische Kommunikationsanalysen. Den Ärzten wurde so visualisiert, dass ihre Gesprächsanteile oft überdimensional groß sind und sie durch ungezieltes Frageverhalten die Gespräche in die Länge ziehen. Diese Trainingseinheit sollte die Teilnehmer grundsätzlich für das eigene Kommunikationsverhalten sensibilisieren und dazu anregen, Gesprächsleitung und vor allem die Verwendung von medizinischem Fachjargon kritisch zu überdenken. Laut dem österreichischen Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung ließen sich aber erste Erfolge messen. Heute gibt es ein vielschichtiges Angebot an Seminaren zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Diese sind jedoch nicht in das Medizinstudium

integriert und nur freiwillig zu besuchen. Nur Ärzte die schon sensibel für ihre kommunikativen Schwächen sind, arbeiten auch aktiv daran.

Ziel dieser Arbeit ist es herauszuarbeiten, inwieweit ein Praxisgespräch die Charakteristika eines Gesprächs erfüllt und welche Besonderheiten zu beachten sind. Nach welchen Mustern verläuft die Kommunikation zwischen Agent und Klient in der Institution Arztpraxis und wie überbrücken die Sprechenden das Wissensgefälle?

Weiter soll dargestellt werden, wie in der Literatur mit diesem Thema umgegangen wird.

Zuletzt möchte ich selbst anhand von transkribierten Tonbandaufnahmen aus einer gynäkologischen Praxis das Gesprächsverhalten von Arzt und Patientinnen untersuchen. Die wichtigste Fragestellung soll hier sein: Hat der berufliche Status der Patientinnen Einfluss darauf, wie sie mit der Autoritätsrolle des Arztes umgehen?

2. Der Begriff des Gesprächs und seine Struktur

Einfache Definitionen eines Gesprächs findet man in gegenwartssprachlichen Wörterbüchern. So charakterisiert das 'Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache' das Alltagsgespräch als

*„längeren Wechsel von Rede und Gegenrede zwischen zwei oder mehreren Personen“.*¹

Der Duden beschreibt es als

*„mündliche(n) Gedankenaustausch zweier oder mehrerer Personen in Rede und Gegenrede über ein bestimmtes Thema“.*²

Folglich sind zur Definition des alltagssprachlichen Gesprächsbegriffs mindestens zwei Interaktanten wichtig, die mindesten einmal die Sprecherrolle wechseln. Eine wichtige Betonung liegt auf der mündlichen Realisierung und der Ausrichtung auf ein bestimmtes Thema.

Um eine linguistische Definition eines Gesprächs aufzustellen, sind nach Brinker und Sager zwei wichtige Positionen zu berücksichtigen. Die erste besagt, dass nur jene Interaktionen Gespräche seien, in denen eine Ausrichtung auf ein bestimmtes Thema erkennbar ist. *„Das so genannte handlungsbegleitende Sprechen“*³, knappe Ausrufe wie *Vorsicht!*, sind kein Bestandteil des Gesprächs und nicht Untersuchungsgegenstand.

Die zweite Position vertritt die Meinung, dass im natürlichen Gespräch das *handlungsbegleitende* sowie das *thematisch zentrierte* Sprechen nicht von einander zu trennen sind. Ein Gespräch ist demnach also *„jede sprechsprachliche, dialogische und thematisch zentrierte Interaktion“*.⁴

Nach Betrachtung dieser Ansätze kommen Brinker und Sager zu folgender Definition:

*„‘Gespräch’ ist eine begrenzte Folge von sprachlichen Äußerungen, die dialogisch ausgerichtet ist und eine thematische Orientierung aufweist.“*⁵

¹ BRINKER, KLAUS/SAGER, SVEN F.: Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Berlin: Erich Schmidt 1989, S.9; zit.n.: Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache. Hg. v. R. Klappenbach und W. Steinitz. Berlin 1967, Bd.2, S.1568

² BRINKER/SAGER 1989, S.9; zit.n.: Duden. Das große Wörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim 1978, Bd.3

³ BRINKER/SAGER 1989, S. 10

⁴ BRINKER/SAGER 1989, S.10; zit.n.: Henne/Rehbock 1982, S.261ff..

⁵ BRINKER/SAGER 1989, S.11

In dieser Definition werden zentrale Aspekte des Gesprächs herausgestellt. Wichtig ist hier die Mündlichkeit und die Beteiligung von mindestens zwei Sprechern, die einen Sprecherwechsel vollziehen müssen.

Ebenso muss ein thematischer Zusammenhang bestehen. In zeitlicher Hinsicht ist ein unmittelbarer Kontakt zwischen den Kommunizierenden nötig. Dieser ist in der direkten face-to-face Kommunikation oder auch beim Telefongespräch gegeben.

Als Gespräche bezeichnet man verschiedene Redekonstellationen wie Dialoge, Interviews, Diskussionen, Verhandlungen oder Besprechungen. Um die Vielfalt von Gesprächsformen einordnen zu können, benötigt man geeignete Kategorien. So kann man Gespräche im sozialen Kontext betrachten und mit anderen vergleichen. Henne und Rehbock haben in ihrer „Einführung in die Gesprächsanalyse“ 11 Gesprächsbereiche benannt, die von Thekengesprächen über persönliche Unterhaltungen, Spielgespräche, Werkstattgespräche, Konferenzen, Mediengespräche, Unterrichtsdiskussionen, Beratungen, bis hin zur Gerichtsverhandlung führen. An dieser Stelle kann man natürlich das Arzt-Patienten-Gespräch ergänzen. Die Übergänge zwischen den Bereichen sind mitunter fließend.

Des Weiteren haben Henne und Rehbock kommunikativ-pragmatische Kategorien aufgestellt, die Gesprächsgattung, Raum-Zeit-Verhältnis, Konstellation der Gesprächspartner, Grad der Öffentlichkeit, das soziale Verhältnis der Gesprächspartner, die Handlungsdimensionen des Gesprächs, den Bekanntheits- oder Vertrautheitsgrad zwischen den Interaktanten, die Themafixiertheit eines Gesprächs sowie das Verhältnis von Kommunikation und nichtsprachlichen Handlungen klar bestimmen lassen.

„Wenn man die 11 Gesprächsbereiche mit den kommunikativ- pragmatischen Kategorien in Beziehung setzt, kann man ein Gespräch schon recht genau beschreiben.“⁶

Die Struktur aller genannten Gesprächsformen bewirkt den inneren Zusammenhang im Gespräch. Die Grundeinheit des Gesprächs ist der Gesprächsschritt („turn“), „*alles das, was ein Individuum tut und sagt, während es an der Reihe ist.*“⁷ Diese Gesprächsschritte werden von verbalen oder nonverbalen Hörsignalen begleitet, die nicht auf die Übernahme der Sprecherrolle zielen, sondern Aufmerksamkeit,

⁶ www.linse-uni-essen/gesprächsforschung

⁷ BRINKER/SAGER 1989, S.57; zit.n.: Goffmann 1974, S.201

Zustimmung oder Ablehnung des Hörers signalisieren. Der Hörer bekundet seine Einstellung und veranlasst den Sprecher zu einer Äußerung, auf die er nach einem Sprecherwechsel eingehen kann. Ebenso gibt es Hörersignale, die einen Sprecherwechsel direkt hervorrufen, die „*claiming-of-the-turn-signals*“⁸.

Ein Sprecherwechsel kann durch Aufforderung, zum Beispiel eine an den Hörer gestellte Frage oder durch Selbstwahl vorgenommen werden. Unterbricht hierbei der Hörer den Sprecher, entsteht eine mehr oder weniger lange Simultansequenz. Meist hat ein Gesprächsschritt aber klare Eröffnungs- oder Schlussignale.

Ein Gespräch lässt sich außerdem in 3 Gesprächsphasen unterteilen. Diese Phasen sind spezifische Kombinationen von Gesprächsschritten. Die 3 Gesprächsphasen nennt man Eröffnungsphase, Kernphase und Beendigungsphase. In der Eröffnungsphase geht es darum, die Gesprächssituation zu definieren und eine „*wechselseitige Gesprächsbereitschaft her(zu)stellen*.“⁹ In der Kernphase werden alle Gesprächsthemen abgehandelt. Die Beendigungsphase gilt der „*gemeinsame(n) Auflösung der Gesprächsbereitschaft*“¹⁰. Hier wird Resümee gezogen, werden Danksagungen und gegenseitige Wünsche ausgesprochen.

Besonders die Eröffnungs- und Beendigungsphase sind stark ritualisiert. Rituale sind institutionalisierte Handlungen oder Handlungssequenzen. Ein Ritual hat vier wichtige Eigenschaften, die situationsabhängig mehr oder weniger in den Vordergrund treten. Zum einen die äußere Ausdrucksform, die festgelegt und nicht beliebig ist. Als nächstes der gesellschaftliche Ort, zum Beispiel lautet das Begrüßungsritual zu jeder Tageszeit anders. Die dritte Eigenschaft ist der Ablauf und die Zusammensetzung des Rituals, wobei eine festgelegte Abfolge mit immer gleichen Elementen charakteristisch ist. Die stabile gesellschaftliche Form des Rituals wird durch seine vierte Eigenschaft, die Wiederholung, gesichert. Verbale und nonverbale Elemente (z.B. Händeschütteln) machen das Ritual aus, nur die Verknüpfung „*gibt Aufschluss über das kommunikative Miteinander und seine Schwierigkeiten*.“¹¹

⁸ BRINKER/SAGER 1989, S.58; zit.n.: Henne/Rehbock 1982, S.28 und S.176ff.

⁹ BRINKER/SAGER 1989, S.94

¹⁰ BRINKER/SAGER 1989, S.94

¹¹ www.linse-uni-essen/gesprächsforschung

3. Interaktion von Arzt und Patient

Arztbesuche werden von Patienten oft als unbefriedigend empfunden. Werden ihre Fragen nicht hinreichend beantwortet und wird auf ihre Probleme nicht individuell eingegangen, fühlen sie sich unverstanden oder auf ihre Rolle als Untersuchungsobjekt reduziert. Etwa 85% aller Patienten empfinden die kommunikativen Fähigkeiten ihres Arztes als nicht zufriedenstellend.¹²

Hinzu kommen die negativen Gefühle, die mit der Krankheit verbunden sind. Zum einen empfinden viele Patienten medizinische Apparaturen generell als beängstigend, zum anderen sind sowohl Ärzte, als auch Schwestern meist Fremde, die in die Intimsphäre eindringen. Unangenehme Empfindungen schon beim Betreten der Praxis lösen aber vor allem die Angst vor Schmerzen vor Behandlungen, vor beruflichen Konsequenzen durch die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen in der bisherigen Lebenssituation aus.

In unserem Denken ist eine Spaltung des Menschen in Körper (Soma) und Seele fest verankert. Im ärztlichen Alltag liegt der Schwerpunkt aber eindeutig auf dem körperlichen. Vor allem im Krankenhausalltag ist diese Trennung ausgeprägt.

Wenn psychisch-emotionale Prozesse berücksichtigt werden, dann oft nur allgemein und überpersönlich. Medizin ist die Heilung von Krankheit ohne individuelle Anteilnahme, Patienten sind Krankheitsträger oder Fälle. Diese Sichtweise steht in Zusammenhang mit dem Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft. Krankheiten sind aber Einheiten aus somatischen und psychischen Prozessen. So ist ein gebrochenes Bein sowohl die Fraktur an sich, als auch die Angst vor Schmerzen, vor beruflichen Konsequenzen und die Hoffnung auf eine schnelle Genesung. Diese Einheit zu beachten ist insofern wichtig, dass nur so ein effektiver Zugang zum Patienten möglich ist, der zu erhöhter Kooperation führt und somit eine detaillierte Diagnose und eine gezielte Behandlung ermöglicht.

¹² www.medicom4u.com/Docs.html

„Gefühlsarbeit ist manchmal im weitesten Sinne des Wortes notwendig, um medizinische Verfahren durchführen zu können; manchmal wird Gefühlsarbeit aus ideologischen Gründen als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Arbeit empfunden, manchmal erleichtert Gefühlsarbeit einfach die Arbeit des Personals und führt dahin, dass der Patient seinen Anteil an der medizinischen Arbeit bereitwillig leistet.“¹³

Angehende Ärzte durchlaufen während der gesamten Ausbildung immer wieder Einprägungsprozesse, durch die sie ihren Beruf später gemäß den gesellschaftlichen Erwartungen ausüben können. Dazu gehören vor allem das Aneignen von Expertenwissen, der medizinischen Fachsprache aber auch Einstellungen, Werte oder Erfahrungen, die mit der Arztrolle verbunden sind.

Die klassischen Erwartungen an einen Arzt sind Uneigennützigkeit, fachliche Kompetenz und Universalität, Gleichbehandlung aller Patienten, sowie *„affektive Neutralität.“¹⁴*

Die affektive Neutralität beinhaltet sachliches Verhalten, das nicht von Sympathie oder Antipathie geleitet werden darf. Der Arzt soll nicht das Individuum, sondern die Symptomatik der Beschwerde in den Mittelpunkt stellen. Gegenüber dem Kranken soll er eigene Gefühle zurückstellen und seine Behandlung nicht von Emotionen leiten lassen. Um diese Neutralität zu bewahren, nehmen Ärzte oft eine scheinbar unberührte Haltung ein, reagieren statt mit ehrlichen Empfindungen zum Schutz mit Ironie und Zynismus und schieben Zeitnot vor, um sich nicht emotional mit den Problemen des Patienten auseinandersetzen zu müssen.

Diese Erwartungshaltung an Ärzte kann ein Auslöser für Probleme im Praxisgespräch sein. Ärzte lernen nicht, sich mit ihren Gefühlen auseinander zu setzen und sie als

„überaus sinnvolles Instrument im Umgang mit PatientInnen und für Diagnose und Behandlung einzusetzen.“¹⁵

¹³ FIEHLER, REINHARD: Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt- und Patienteninteraktion, S.53. In: Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Hg. v. Konrad Ehlich. Armin Koerfer. Angelika Redder. Rüdiger Weingarten. Westdeutscher Verlag 1990

¹⁴ LALOUSCHEK, JOHANNA: Nur ganz normale Sachen, S.201. In: Aufgaben und Probleme der medizinischen Gesprächsausbildung. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Hg. v. Angelika Redder, Ingrid Wiese. Westdeutscher Verlag 1996

¹⁵ LALOUSCHEK, JOHANNA, S. 201

Die an ihn gestellten Forderungen wandelt der Arzt seinerseits in Erwartungen an den Idealpatienten um. Dieser gibt in Berichtsform eine knappe Darstellung der Beschwerde, hat eine passive Gesprächshaltung und erwartet zielgerichtete Fragen des Arztes, jedoch keine Reflexion. Ein in dieser Hinsicht kooperativer Patient wird vom Arzt „*subtil belohnt*“¹⁶ indem der Arzt bereit ist, zusätzliche Informationen zu geben oder eingehender zu erklären. Diese Mechanismen sind oft über Jahre fest in den ärztlichen Alltag integriert, sodass sie dem Bewusstsein nicht gleich zugänglich sind. Thomas Spranz-Fogasy hat aus diesem Grund ein Konzept entwickelt, das es Ärzten erleichtern soll, sensibler für ihre Kommunikationsprobleme in der Praxis zu werden. Auf dieser Grundlage hat er Komponenten identifiziert, die Strukturierung geben sollen. Das Arzt-Patienten-Gespräch sollte mit einer klaren Gesprächseröffnung beginnen, die dem Patienten mit einer Begrüßungsformel signalisiert wird. Der Arzt sollte den Patienten mit Namen ansprechen, sich selbst namentlich vorstellen und das Gespräch mit einer einleitenden, offenen Frage oder dem Signal seiner Zuhörbereitschaft beginnen.

*„[...] neun unterschiedliche Typen, sprachliche Handlungen, von direkten und direktiven Fragen (Entscheidungsfrage, offene Frage) über offene und implizierte Aufforderungen zur Beschwerdeschilderung bis hin zur bloßen (stummen) Demonstration von Zuhörbereitschaft.“*¹⁷

Die Gesprächseröffnung ist auch hier oft ritualisiert. Darauf folgt die Beschwerdeexploration, die von einer Darstellung des Patienten ausgeht, die durch ärztliches Rückmeldeverhalten unterstützt wird. Der Arzt kann die Exploration auch aktiv durch Präzisionsfragen, angelehnt an der Patientenäußerung oder Komplettierungsfragen leiten. Letztere sind am medizinischen Wissen orientiert und dienen zur Absicherung der eigenen Vermutung zum Krankheitsbild. Auf das ärztliche Frageverhalten soll in Kapitel 2.1 genauer eingegangen werden.

Ist diese Phase abgehandelt worden, folgt die Entwicklung von Therapiemaßnahmen. Therapienotwendigkeit und die Möglichkeiten des Patienten werden ausgehandelt. Der Arzt hat an dieser Stelle verschiedene Möglichkeiten, seine Verordnung durchzusetzen.

¹⁶ LALOUSCHEK, JOHANNA, S. 202

¹⁷ SPRANZ-FOGASY, THOMAS: Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung, S. 70. In: Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Hg. v. Reinhard Fiehler, Wolfgang Sucharowski. Westdeutscher Verlag 1992

Zum einen durch eine direkte Verordnung, zum anderen durch ein alternatives Angebot oder durch ein offenes Angebot, also einen Vorschlag, den Arzt und Patient miteinander abwägen.

Die vierte Gesprächsphase ist die Diagnosephase, in der ein klares Krankheitsbild erstellt wird. Hier muss der Arzt zwischen dem medizinischen Paradigma und den alltagsweltlichen Vorstellungen des Patienten vermitteln. Zum Schluss sollte der Arzt eine klare Gesprächsbeendigung einleiten, die ausgehandelten Vereinbarungen und die weitere Zusammenarbeit absichern und eine Verabschiedung formulieren. Auch diese Gesprächsphase ist häufig ritualisiert.

Zur metakommunikativen Orientierung ist es aus ärztlicher Sicht wichtig, dem Patienten Ziel und Ablauf des Gesprächs oder der Behandlung zu erklären. Fehlen diese Strukturen, sind Patienten häufig verunsichert, was zu unzusammenhängenden, unvollständigen Antworten führen kann. Rückfragen des Arztes sind notwendig und ziehen das Gespräch in die Länge.

Um eine effektive Kommunikation einzuleiten sollte ein Arzt grundsätzlich auf geschlossene Fragen verzichten, die dem Patienten nur ein Antwortspielraum zwischen Ja und Nein einräumen. Stattdessen ermöglichen offene Fragen dem Patienten, Inhalt und Form der Antwort selbst zu bestimmen. Er kann sein Leiden subjektiv schildern, was die Bewältigung fördert.

Um Gesprächsanteile zu beanspruchen, reagieren Patienten auf völlig verschiedene Weisen. Die Eingriffe in das Gespräch können kleinste Andeutungen, so genannte Relevanzmarkierungen oder massive Unterbrechungen sein. Die vom Arzt vorgegebenen Rahmenbedingungen geben oft auch die Art der Patienteninitiative vor. Werden Patienteninitiativen ignoriert wird das Gespräch kompliziert oder scheitert sogar.

Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein sensibler Bereich der Interaktion. Der Arzt hat zahlreiche Varianten, ein Gespräch zu führen. Genau aus dieser Möglichkeitsvielfalt resultieren auch die meisten Schwierigkeiten und Gründe für unbefriedigende Praxisgespräche. Ein Beispiel für die nötige Auseinandersetzung mit dem großen Handlungsspielraum sind die „neun Typen von Eröffnungszügen“¹⁸ von Thomas Spranz-Fogasy. Diese verschiedenen Varianten lassen den Patienten unterschiedlich

¹⁸ SPRANZ-FOGASY, THOMAS: Ärztliche Kommunikation. Transfer Diskursanalytischen Wissens in die Praxis, S. 146 . In: Medizinische und Therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Hg. von Konrad Ehlich, Armin Koerfer, Angelika Redder, Rüdiger Weingarten. Westdeutscher Verlag 1990

große Freiräume. Die Entscheidungsfrage (*sie kommen wegen ihrer Halsschmerzen?*) lässt dem Patienten kaum Spielraum, er wird mit Ja oder Nein antworten. Eine offene Frage (*was kann ich für Sie tun?*) eröffnet ein freieres Antwortspektrum. Schnell verwischt hier der Unterschied zur rituell offenen Frage (*wie geht es Ihnen?*) Diese impliziert eine ritualisierte Antwort (*ganz gut, bis auf diese Ziehen.*). Der Patient muss das rituelle Potential erfüllen und gleichzeitig seine Beschwerde formulieren. Er steht unter einem „zweifach interaktive(n) Druck“¹⁹, von dem abzuraten ist. Mit einer inhaltlichen Frage (*was fehlt Ihnen denn?*) wird der thematische Bereich direkt angesprochen. Ähnlich wie die offene Frage funktioniert die offene Aufforderung (*erzählen Sie mal!*). Weitere Formen sind die einfache Aufforderung (*erzählen Sie mal, warum Sie zu mir kommen!*) oder die implizite Aufforderung (*na, Frau Meier?*). Jedoch geben selbst offene Frage und Aufforderung einen Rahmen für die Reaktion vor. Dies kann der Arzt umgehen, indem er sich einfach zur Verfügung stellt, durch Gestik und Mimik seine Aufmerksamkeit signalisiert. Der Patient kann beginnen wie er will. So erhält der Arzt subjektive Einblicke in das Leidensempfinden des Patienten, die vielleicht zu einer umfassenderen Diagnose führen.

Ebenso verhält es sich in der Gesprächsphase der Beschwerdeexploration. Der Arzt muss ebenso aktiv zuhören, die Äußerungen seines Patienten kommentieren und zur Verständnissicherung paraphrasieren, denn die Interaktanten haben auf Grund ihrer sprachlichen Kluft (Fachsprache – Alltagssprache) und dem Wissensgefälle (professionalisiertes Wissen – partielles Erlebniswissen) unterschiedliche Vorstellungen von den Informationen, die für eine Diagnoseerstellung von Bedeutung sind.

Die Beschwerdeexploration ist patientengeleitet, wenn der Arzt mit Präzisionsfragen arbeitet, genau nach dem Wortsinn des Gehörten fragt und sich Zustände, Ereignisse und konkrete Zusammenhänge beschreiben lässt. Sie ist wissensgeleitet, wenn der Arzt hauptsächlich mit Komplettierungsfragen arbeitet.

Aus allen diesen Punkten ergibt sich eine Idealform des Arzt-Patienten-Gesprächs, der patientenzentrierte Ansatz. Ein psychosoziales ärztliches Gespräch beherrscht die Technik des „*offen fragenden und assoziativ geführten Gesprächs*“²⁰. Das Krankheitskonzept wird gemeinsam mit dem Patienten entwickelt. Das geschieht über ständige Wiederaufnahme und Vertiefung von Hinweisen. Es gilt, dass die Reaktion des Patienten und dessen Umgang mit Lebensereignissen bedeutsamer sind, als das Ereignis

¹⁹ SPRANZ-FOGASY, S. 147

²⁰ LALOUCHEK, JOHANNA, S. 203

selbst. In der Endphase sollte der Arzt Raum für Fragen und noch nicht befriedigend abgehandelte Punkte lassen. Im gesamten Gespräch nimmt der Arzt sich selbst zurück, hört aktiv zu und lässt eine individuelle Darstellung des Patienten entstehen.

Dieses Idealgespräch bedarf viel kritischer Arbeit am eigenen Kommunikationsverhalten, denn Arzt und Patient kommunizieren in verschiedenen Diskurswelten.

Der Arzt muss versuchen,

„die Aussagen des Patienten in medizinische Sachverhalte umzuwandeln, damit er sein diagnostisches und therapeutisches Wissen anwenden kann.“²¹

²¹ SPRANZ-FOGASY, THOMAS: Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis, S. 145

3.1 Fragesequenzen im Praxisgespräch

Im Praxisgespräch nimmt das Frageverhalten des Arztes eine tragende Rolle ein. Sein Wissensdefizit in Bezug auf das Beschwerdebild des Patienten ist so umfassend, dass es nur in Fragesequenzen gefüllt werden kann. Der Arzt muss an das Wissen des Patienten gelangen. Das Wissen zeigt sich hier in seiner inneren Wahrnehmung der Beschwerde. Durch Fragen löst der Arzt Suchprozesse nach diesem Wissen aus. Die Antwort verbalisiert dieses. In der Fragesequenz des Praxisgesprächs werden also drei Wissensbereiche miteinander verknüpft.

1. das Gewusste des Fragenden
2. das bestimmte Nichtgewusste/die Wissenslücke
3. das Wissen des Patienten

Die Art der Frage, die der Arzt wählt, richtet sich nach dem Typ der Wissenslücke, die mit der Antwort geschlossen werden soll. Jochen Rehbein benennt in seinem Aufsatz „Zum Klassifizieren ärztlichen Fragens“ sieben Ausdrucksklassen ärztlicher Fragen um zu zeigen, wie Formulierungen und Wortgebrauch zielgerichtet im Gespräch eingesetzt werden.

1. Die generelle Benennung

Hier werden größere Bereiche der Arzt-Patienten-Kommunikation thematisiert. Die Ausdrücke bleiben allgemein (*körperlich belasten*). Funktionsverbähnliche Bezeichnungen finden Verwendung (*was macht ihr Arm?, wie geht es ihnen?*)

Verben der Thematisierung werden oft in den Eingangsfragen der Gespräche verwendet (*gehen, kommen*)

2. Spezifische Benennungen

Spezifische Benennungen sind Symbolfeldausdrücke, die konkret Symptome, Körperteile, bestimmte Handlungen, Erfahrungen etc. benennen. Beispiele hierfür sind *starke Rückenschmerzen, schlecht/gut schlafen, Spritzen bekommen*.

Beim Arzt liegt ein professionalisierter Hintergrund vor, er verwendet aber semi-professionelle Formulierungen, um auf einer sprachlichen Ebene mit dem Patienten seine Wissenslücke zu schließen.

3. Mentale und sprachliche Tätigkeiten benennende Ausdrücke

Der Patient sollte dazu bewegt werden, seine Eindrücke über seine Beschwerden zu formulieren und so Distanz zu dieser zu entwickeln. Der Arzt fragt gezielt nach Angst, Gefühlen und Unsicherheiten.

4. Bewertungen

Der Arzt erfragt den subjektiv empfundenen Zustand, indem er einen Maßstab voraussetzt. Formulierungen wie „*nicht genug, sehr schmerzhaft, ein wenig weh tun*“ integriert er in die Fragestellung.

5. Ausdrücke der Aktualisierung des Zustandes

Durch Aufmerksamkeit fokussierende Formulierungen (*jetzt, hier*) oder Gegenwart thematisierende Ausdrücke (*im Moment*) soll der Patient dahin geführt werden, seinen Krankheitszustand zu aktualisieren.

Diese Methode des ärztlichen Fragens wird im Praxisalltag häufig angewendet. So kann die reine Abfrage des Patientenwissens begrenzt werden. Der Patient wird in seiner Antwort konkret bleiben und weniger abschweifen.

6. Frageelemente

Durch Frageelemente, die mit den zuvor klassifizierten Ausdrücken verknüpft werden, soll der Patient aufgefordert werden, das Nichtgewusste des Arztes aus seinem Wissen aufzufüllen. Der Arzt muss die Frage so formulieren, dass er den Patienten zu der Antwortweise lenkt, die seine Wissenslücke effektiv schließt. W-Fragen bewegen den Patienten nicht immer dazu, dass er im gewünschten Satzglied antwortet. Eine Satzfrage bewegt eher zu einem *Ja, Nein* oder *Doch*. Es sind die Frageelemente, die den Hörer zur Suche nach dem Wissen animieren. So löst eine Frage mit *welche?* eine Aufzählung aus, Fragen mit *warum?* eine längere Darstellung. Ebenso verhält sich *was?* in Kombination mit *machen* oder *wie?* kombiniert mit *gehen*. Der Ausdruck *denn* im Zusammenhang der Intonation einer Entscheidungsfrage liefert oft eine Zweiteilung der Antwort. Der Patient wird das Erfragte beantworten und diese Antwort dann begründen.

7. Ausdrücke für Einstellungen

Ausdrücke für Einstellungen werden in Frage und Antwort verwendet und benennen Einstellungen gegenüber dem formulierten Wissen. Sie nehmen eine vermittelnde Stellung zwischen den in Punkt eins bis fünf angeführten Ausdrucksformen und den Frageelementen.

In diese Klasse gehören die Ausdrücke *wahrscheinlich*, *eigentlich*, *überhaupt*, Negationen, die sich auf das Ausgedrückte beziehen, sowie Konjunktionen, die Alternativen anzeigen (*oder*) und der Konjunktiv.

Allen Punkten ist zu entnehmen, dass Patienten dem Arzt Einschränkungen liefern, die ihn in seiner Vermutung bestätigen oder ihm widersprechen. Sie präsentieren Wissen, das schon verarbeitet wurde. Wenn ein Arzt nicht nur die Ausdrucksklassen berücksichtigt, die allgemeine oder spezifische Bereiche der Krankheit und Behandlung benennen, kann er dem Patienten zusätzlich zu einer psychischen Verarbeitung verhelfen.

Eine professionalisierte Bearbeitbarkeit von Krankheitswissen in der Arzt-Patienten-Kommunikation ist eine sprachliche Kunst, die von den meisten Ärzten erst erlernt werden muss.

3.2. Ein Beispiel deutscher Fachsprachen: Die Wissenschaftssprache der Medizin

Besonders im Bereich der Medizin gibt es viele Sachverhalte, über die kommuniziert wird. Das sind Bereiche im menschlichen Körper, zahlreiche medizinische Verfahren, die bestimmt werden müssen und vor allem in der Zeitnot des Praxisalltags schnell benennbar sein sollen. Um aufwändige Verfahren knapp auf den Punkt zu bringen, dient der Fachwortschatz.

Um zu beschreiben, was genau eine Fachsprache ist, zitiert Thorsten Roelke im Buch 'Fachsprachen' Lothar Hoffmann

„Fachsprache – das ist die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.“²²

Thorsten Roelke nennt Fachsprachen Varietäten einer Einzelsprache, die sich von anderen Varietäten unterscheiden.

„Unter Varietät wird [...] ein sprachliches System verstanden, das einer bestimmten Einzelsprache untergeordnet und durch eine Zuordnung bestimmter innersprachlicher Merkmale einerseits und bestimmter außersprachlicher Merkmale andererseits gegenüber weiteren Varietäten abgegrenzt wird.“²³

Fachsprachen werden als funktionale Varietäten angesehen. Regionale, historische oder soziale Gesichtspunkte treten hinter ihrer Funktion in bestimmten menschlichen Tätigkeitsbereichen zurück. Wenn die sozialen Bedingungen aber überwiegen, spricht man nicht mehr von der Fachsprache als funktionale sondern in erster Linie als soziale Varietät oder sogar als Gruppensprache. Es stellt sich nun die Frage, wo die Unterschiede zwischen Fachsprachen und Gemeinsprachen, also Nicht-Fachsprachen liegen.

²² ROELKE, THORSTEN: Fachsprachen, Berlin: Erich Schmidt Verlag 1999, S.17; zit.n.: Lothar Hoffmann, 2.Auflage 1985, S.53

²³ ROELKE, THORSTEN 1999, S.18

Es ist nicht sinnvoll, nach klaren Abgrenzungen zu suchen, sondern

„innersprachliche Merkmale [...] zu bestimmen, die für verschiedene außersprachliche, genauere funktionale Bedingungen charakteristisch sind.“²⁴

An diesen Merkmalen ist dann der Grad an Fachlichkeit abzulesen.

Besonders vielschichtig ist die Wissenschaftssprache der Medizin. Sie gliedert sich in die theoretischen Disziplinen Anatomie, Psychologie, Biochemie, Physiologie, Soziologie, Pathologie, Mikrobiologie und Pharmakologie. Des Weiteren kann man die klinischen Fächer nach organischen Systemen, Patientengruppen und Methoden gliedern. Organische Systeme sind beispielsweise Neurologie oder innere Medizin, Patientengruppen etwa die Frauen in der Gynäkologie, Methoden sind Chirurgie, Radiologie etc.

Durch diese Schichtung können intrafachliche Sprachprobleme entstehen. Man unterscheidet drei Ebenen der medizinischen Fachsprache:

1. Die Wissenschaftsebene, auf der über wissenschaftliche Erkenntnisse kommuniziert wird
2. Die Praxisebene. Diese beinhaltet die Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenschwestern oder anderen Agenten in der Institution Praxis oder Krankenhaus.
3. Die Behandlungsebene, die den Austausch zwischen Ärzten und Patienten umfasst. Hier ist das Wissensgefälle am größten. Professionalisiertes Expertenwissen trifft auf partielles Erlebniswissen.

Auf der ersten Ebene ist die gesprochene Sprache meist englisch, in der medizinischen Praxis spricht man hier deutsch.

Die deutsche Fachsprache der Medizin ist stark geprägt vom lateinischen und griechischen Wortschatz, aber durch die internationale Forschungslage wächst der Einfluss an anglo-amerikanischem Vokabular. Weiter fließen Fachsprachen aus anderen Naturwissenschaften ein. Diese Punkte machen die Wissenschaftssprache der Medizin zu einer der umfassendsten und kompliziertesten Fachsprachen, die eine ständige Entwicklung und ein stetiges Wachstum an Bezeichnungen durchmacht.

²⁴ ROELKE, THORSTEN 1999, S.20/21

Zur Gewinnung neuer Bezeichnungen gibt es zwei wichtige Verfahren. Zum Einen die Entlehnung von Begriffen aus antiken Sprachen und dem Englischen. Zum Zweiten das Verfahren der Wortbildung. Wortbildung kann nach auffälligen Erkennungsmerkmalen, durch Bezug auf bio-medizinische Befunde, mit Eigennamen oder geographischen Namen oder durch systematische Suffigierung erfolgen. So wird der Fachwortschatz immer größer, und es besteht ständiger Bedarf an „*medizinischer Terminologienormierung*“.²⁵

²⁵ ROELKE, THORSTEN 1999, S.198

4. Transkriptionskonventionen

Das aufgezeichnete Material wurde in Form einer literarischen Umschrift transkribiert. Alle Wörter, auch Eigennamen werden bei der literarischen Umschrift klein geschrieben. Satzzeichen werden nicht verwendet. Aussprachebesonderheiten, die vom Standart abweichen, wurden orthogaphisch dargestellt.

Zur Darstellung spezifischer lautlicher Merkmale in den Gesprächen wurden folgende Mittel zur Darstellung verwendet:

+	unmittelbarer Anschluss beim Sprecherwechsel
*	kurze Pause (bis maximal 0,5 Sekunden)
**	längere Pause (bis maximal 1 Sekunde)
=	Verschleifung eines oder mehrerer Laute zwischen Wörtern (z.B. ham=se)
(...)	unverständliche Passage; bei Simultansequenzen Länge relativ zum Kontext
↑	steigende Intonation (insbesondere Frageintonation)
↓	fallende Intonation (insbesondere am Satzende)
nIcHT	Betonung
„	auffällige Betonung, oft mit steigender Intonation (z.B. ja“)
:	Dehnung
::	besonders auffällige Dehnung
← →	langsamer (relativ zum Kontext)
→ ←	schneller (relativ zum Kontext)
((LAcHT))	nicht morphemisierte Äußerung
((IRONISCH))	Kommentar zur Äußerung

Die Liste orientiert sich an den Transkriptionsrichtlinien des Instituts für deutsche Sprache.²⁶

²⁶ Die Übersicht ist unter [http:// www.ids-mannheim.de/prag/dida](http://www.ids-mannheim.de/prag/dida) zu finden.

Sprechersiglen und Kommentarzeilen werden wie folgt verwendet:

A	Arzt
S	Frau Schulz
K	Frau Korten
B	Frau Brehmendorf
-A-	Kommentarzeile zum Sprecher (hier Arzt)
?	Sprecher nicht identifiziert

Die Namen der Patientinnen wurden geändert.

5. Quantitative Auswertung des aufgezeichneten Materials

Zur Analyse wurden vier Gespräche in einer gynäkologischen Praxis aufgezeichnet. Um eine aussagekräftige Untersuchung zur Abhängigkeit des Patientenverhaltens in der Arztpraxis von dessen Berufsstandes anfertigen zu können, werden Gespräche zwischen dem Gynäkologen und einer Krankenschwester, einer Sekretärin, einer Rentnerin und einer Hausfrau analysiert.

Gespräch 1

Gesprächsteilnehmer	Arzt – Frau Schulz (Krankenschwester, 26 Jahre)
Grund des Arztbesuchs	Probleme mit der Antibabypille
Aufzeichnungszeitpunkt	17.Oktober 2005 / 10:15 Uhr
Dauer des Gesprächs	28 Sekunden
Anzahl der Gesprächsschritte	17
Simultansequenzen	2

Gespräch 2

Gesprächsteilnehmer	Arzt – Frau Korten (Sekretärin, 48 Jahre)
Grund des Arztbesuchs	Krebsvorsorge und Spiralenkontrolle
Aufzeichnungszeitpunkt	10.November 2005 / 16:30 Uhr
Dauer des Gesprächs	74 Sekunden
Anzahl der Gesprächsschritte	21
Simultansequenzen	2

Gespräch 3

Gesprächsteilnehmer	Arzt – Frau Brehmendorf (Rentnerin, 71 Jahre)
Grund des Arztbesuchs	Krebsvorsorge
Aufzeichnungszeitpunkt	15.August 2005 / 8:30 Uhr
Dauer des Gesprächs	171 Sekunden
Anzahl der Gesprächsschritte	64
Simultansequenzen	2

Gespräch 4

Gesprächsteilnehmer	Arzt – Frau Müller (Hausfrau, 53 Jahre)
Grund des Arztbesuchs	nicht klar zu erkennen
Aufzeichnungszeitpunkt	8.November 2005 / 17:45 Uhr
Dauer des Gesprächs	281 Sekunden
Anzahl der Gesprächsschritte	142
Simultansequenzen	12

6. Auswirkungen des beruflichen Hintergrunds der Patientin auf die Arzt-Patienten-Interaktion

6.1. Gespräch 1/ Dialog mit Frau Schulz

Das erste Praxisgespräch findet zwischen dem Gynäkologen und Frau Schulz statt. Die Patientin ist 26 Jahre alt und von Beruf Krankenschwester. Von allen aufgezeichneten Gesprächen ist dieses mit 28 Sekunden Länge das kürzeste. Im medizinischen Bereich ist Frau Schulz selbst Agentin und somit mit den Abläufen einer Arztpraxis und der spezifischen Fachsprache vertraut. Das soziale Verhältnis der Gesprächspartner ist symmetrisch.

Die Eröffnungsphase umfasst die Zeilen eins und zwei. Der Arzt formuliert eine ritualisierte Begrüßung, die Frau Schulz beantwortet. Die wechselseitige Gesprächsbereitschaft ist damit hergestellt, und die Patientin geht im gleichen Gesprächsschritt schon ins Thema. Sie formuliert ihre Beschwerde, die sie selbstständig auf ihre Antibabypille zurückführt. Sie betritt die Praxis also schon mit einer vorgefertigten Diagnose und kann begründen, wie sie dazu kommt. Schon in den ersten Zeilen des Gesprächs wird deutlich, dass sie nicht das beratende Gespräch mit dem Mediziner sucht, sondern nur eine Absicherung für ihre Vermutung oder ein Rezept für eine neue Pille braucht.

1.	A	frau schulz * guten tag bitte sehr
2.	S	guten tag →ich bekomm von dieser pille ausfluss← und zwar merk ich das da:ran dass wenn ich die pille ne woche nich nehm is nämlich nix
3.		
4.	A	aha wenn sie die pille nehmen haben sie ausfluss ** welche pille ist das↑
5.	S	weiß ich jetzt nich
6.	A	die haben sie von mir↑
7.	S	ja"
8.	-S-	((IN ANKLAGENDEM TON))

Die Kernphase des Gesprächs reicht bis Zeile 27. Der Arzt versucht hier die nötigen Informationen für seine Diagnose zu erfragen. Seine Gesprächsschritte sind initiiierend. Er stellt Fragen, die Frau Schulz in respondierenden Gesprächsschritten (turns) oder durch Hörersignale wie *hmm* oder *ja* beantwortet. Deutlich wird, dass die Patientin wertet, welche Arzt-Fragen sie für relevant hält. Auf die Frage, welche Pille sie nimmt, wehrt sie mit *weiß ich jetzt nich* ab. Für sie steht fest, dass sie die Verhütungsmethode

wechseln muss, und sieht die erfragte Information als irrelevant an. Die weiteren Fragen beantwortet sie knapp und präzise. So entsteht in den Zeilen neun und zehn eine Simultansequenz.

9.	A	ja und wie lange nehmen sie sie schon
10.	S	drei monate

Frau Schulz beansprucht hier keinen Gesprächsschritt, sondern antwortet zügig, um das Gespräch abzukürzen und zur Untersuchung zu kommen. Der Arzt geht auf ihr Gesprächsverhalten ein. Es entsteht ein schneller Austausch von Informationen, so dass wieder eine kurze Simultansequenz entsteht, ohne dass ein turn beansprucht wird. Die Gesprächsschritte und Hörersignale haben direkten Anschluss an den vorhergehenden turn, diese Anklebung ist hier durch + gekennzeichnet.

15.	S	+ jA * müsst ich sagen ja UNangenehm müsst ich sagen
16.	A	+ ihr ausfluss ist unangenehm↓ ** ist er mit juckreiz verbunden↑
17.	S	nein
18.	A	brennen↑
19.	S	+auch nicht auch riecht nicht
20.	A	+und kein blut bei↑
21.	S	+auch nicht

Der Gynäkologe erläutert nicht, wie ihre Beschwerde zustande kommt oder wie er bei der Diagnosefindung vorgeht, sondern fasst nur ihre Beschwerdeschilderung zusammen.

In Zeile 28 leitet der Arzt die Beendigungsphase ein, indem er eine Untersuchung vorschlägt. Frau Schulz reagiert schnell mit *gu:t*. Der Arzt muss die oft unangenehme Situation der gynäkologischen Untersuchung nicht behutsam einleiten, da die Patientin in dieser Hinsicht kein falsches Schamgefühl zeigt. Für sie ist dieser Vorgang ein routiniertes medizinisches Verfahren und kein unangenehmer Eingriff in ihre Intimsphäre.

28.	A	da werd ich besser einmal nachgucken ob es eine andere ursache hat* wenn es kEIne andere ursache hat dann wechseln wir die pille↓
29.		
30.	S	+gu:t
31.	A	+dann ham=wers

Im Gesprächsverlauf wird deutlich, dass Frau Schulz den Arzt nicht als Autoritätsträger wahrnimmt. Auf Grund ihres Berufs ist sie überzeugt, das nötige

Expertenwissen für eine selbstständige Analyse ihrer Beschwerde mitzubringen. Sie sucht sichtlich keine Erklärungen und kein beratendes Gespräch, sondern möchte schnell die nötige Untersuchung herbeiführen. Nur in diesem Punkt hat der Arzt eine autoritäre Funktion, da nur er befugt ist, ein Rezept auszustellen.

6.2 Gespräch 2/ Dialog mit Frau Korten

Die Patientin im zweiten Gespräch ist Frau Korten, eine 48-jährige Sekretärin.

Die Eröffnungsphase umfasst die Zeilen eins bis vier. Neben dem gegenseitigen Begrüßungsritual stellt der Arzt den Grund für den Besuch heraus, die nötige Krebsvorsorge. Frau Korten ergänzt diesen, indem sie formuliert, dass ihre Spirale kontrolliert werden soll. In dieser kurzen Eröffnungsphase stört der Arzt die Basis für eine solide und vertraute Gesprächsgrundlage, indem er seine Patientin in der dritten Person anspricht (*frau korten ist heute zur krebsvorsorge hier*). Frau Korten geht das Gespräch mit einem ironischen Unterton an und hinterfragt damit die Autorität des Arztes. Sie zweifelt an der Relevanz seiner Fragen

- | | | |
|-----|------------|------------------------------|
| 13. | K | + warum fragen sie mich das↑ |
| 14. | -K- | ((LACHT)) |
-

und seiner medizinischen Vorgehensweise.

- | | | |
|-----|------------|---|
| 15. | A | (die is nicht mehr) ** nochmal einen hormontest machen gucken ob sie überhaupt |
| 16. | | noch verhüten müssen das kann man ihnen definitiv sagen |
| 17. | K | ja das haben sie voriges jahr schon gemacht und da |
| 18. | A | äh und |
| 19. | K | und da haben sie mir gesagt ich muss noch verhüten * darum hab ich ja die spirale |
| 20. | -K- | ((LACHT)) |
| 21. | A | ach so: ja" |
| 22. | -A- | ((IRONISCH)) |
-

Ihre Gesprächsschritte waren bisher meist respondierend, nun wird sie aber fragender und initiiert den Gesprächsverlauf. In den Zeilen 17 und 18 entsteht eine kurze Simultansequenz. Der Arzt versucht hier einen Gesprächsschritt zu beanspruchen, es findet jedoch kein Sprecherwechsel statt. Auf diesen Angriff seiner Autoritätsrolle reagiert der Gynäkologe seinerseits genervt und ironisch (Zeile 21/22), findet die nötige professionelle Fassung aber schnell wieder. Er erklärt und rechtfertigt sein

Vorgehen und bemüht sich, das Vertrauen in seine Kompetenz zurück zu erlangen, indem er auf mögliche Komplikationen hinweist und den Ernstfall schildert.

27.	A	+ und nach drei jahren fangen die komplikationen ein * äh an der verhütungsschutz istn bis:chen eingeschränkt verhütet no:ch gut die möglichkeit dass sie einwächst
28.		
29.		
30.	K	+ hmm"
31.	A	+zweitens das metall sich (zurücklöst) ** ne" und dann holt man das in stückchen und deshalb lieber rausfinden
32.		
33.	K	+ hmm"

Frau Korten reagiert sofort darauf und verliert ihren provozierenden Unterton. Sie folgt den Ausführungen des Arztes und signalisiert ihre Aufmerksamkeit durch kurz angeschlossene Hörsignale (+hmm"). Die Patientin beansprucht im gesamten Gespräch keinen Turn mehr.

Übergangslos geht der Arzt in Zeile 37 in die Beendigungsphase über. Die Sekretärin reagiert hier deutlich unsicherer als die Krankenschwester. Diese Unsicherheit zeigt sich in nervösem, genervtem Lachen.

37.	A	gehen sie bitte hier=rein
38.	K	* ja::
39.	-K-	((GENERVT))
40.	A	gucken wir dann ob alles ok ist
41.	K	ja:
42.	-K-	((LACHT GENERVT))

Es ist anzunehmen, dass sie in der Institution Arztpraxis nur auf ein partielles Erlebniswissen zurückgreifen kann. Dieses könnte negativ behaftet oder durch unangenehme Erinnerungen geprägt sein. Der Gynäkologe initiiert zweimal den Schritt, nun zur Untersuchung überzugehen, worauf die Patientin gequält und unsicher reagiert.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Arzt sich in diesem Gespräch die Akzeptanz seiner Autorität erarbeiten muss um das Vertrauen in seine medizinische Kompetenz zu stärken. Frau Korten muss erst aus der angespannten Situation des gestört eingeleiteten Gesprächs herausgeführt werden. Indem der Arzt initiativ handelte, haben die Gesprächspartner in eine Interaktion zwischen Patientin und Arzt zurückgefunden. Eine entspannte und vertraute Gesprächsbasis konnte jedoch nicht hergestellt werden.

6.3 Gespräch 3/ Dialog mit Frau Brehmendorf

Das dritte aufgezeichnete Gespräch zeigt den Besuch der 71-jährigen Rentnerin Frau Brehmendorf beim Gynäkologen. Dieses Gespräch ist bei einer Dauer von 171 Sekunden wesentlich länger als die Dialoge zwischen Arzt und Krankenschwester oder Arzt und Sekretärin.

Auffällig ist die lange Eröffnungsphase von Zeile 1 bis 12. Nach einem Begrüßungsritual, in dem der Arzt die Patientin mit Namen anspricht und sich mit einer rituell offenen Frage nach ihrem Befinden erkundigt, ist die Patientin einem zweifach interaktiven Druck ausgesetzt. Sie muss das rituelle Potential erfüllen und zudem Auskunft über ihre gesundheitliche Verfassung geben. Nachdem der Gynäkologe und Frau Brehmendorf wechselseitig bestätigen, dass sie in einem guten Allgemeinzustand ist, bereitet der Arzt sie behutsam auf die Routineuntersuchung nach ihrer Krebsoperation vor. In dieser Gesprächsphase macht die Patientin nur zwei respondierende Gesprächsschritte in den Zeilen zwei und sechs und reagiert sonst nur mit Hörersignalen (*ja*) auf die Fragen des Arztes.

1.	A	hallo frau brehmendorf bitte sehr gehts ihnen gut↑
2.	B	ja kann nich meckern
3.	A	ja"
4.	B	ja
5.	A	wann waren sie das letzte mal hier↑
6.	B	ich glaub mai
7.	A	im mai↑
8.	B	ja
9.	A	so sie machen einen gesunden eindruck **
10.	B	aha
11.	A	a:ber ** die ** routineuntersuchung die muss ja sein
12.	B	ja"

In der Kernphase des Gesprächs beginnt der Arzt, seine Informationen über Frau Brehmendorfs medizinische Vorgeschichte zusammenzufassen. Er formuliert Präziserungsfragen, auf die die Patientin wiederum mit knappen, direkt an den Turn angeschlossenen Hörersignalen wie einem interessiert fragenden *ja* oder *hmm* reagiert. So signalisiert sie aufmerksames Zuhören und animiert den Arzt, weiter zu sprechen.

Des Weiteren versucht der Gynäkologe, nötige Informationen über ihre aktuelle Lebenssituation zusammenzutragen. Nach einer Operation an der Gebärmutterwand

muss er sich nach praktizierter Sexualität erkundigen. An dieses Thema geht er einfühlsam heran und erklärt die Notwendigkeit seines Hinterfragens.

38.	A	j::a ich frag deshalb
39.	B	ja↑
40.	A	weil↓ nach solchen operationen gibt es manchmal probleme beim verkehr also↓ das ist↓
41.		bei ihnen ist die frage nicht gegeben oder gibts da probleme↑
42.	B	→neinein←
43.	A	also gibts da keine probleme also das * brauchen wir nicht drüber reden
44.	B	nein
45.	-B-	((RÄUSPERT SICH))

Sichtlich ist der Rentnerin dieses Thema unangenehm. Sie verneint die Frage nach sexuellem Verkehr mit *neinein*, was sie in Relation zum Kontext auffällig schneller spricht. Auch auf der nonverbalen Ebene ist ihr anzumerken, dass ihr die Thematik unbehaglich ist, sie räuspert sich.

Als weiteren thematischen Zusammenhang der Kernphase kann man das Aushandeln von weiteren Behandlungsmethoden festmachen. Als der Patientin unklar wird, wie sie die medizinischen Verordnungen, insbesondere das Röntgen umsetzen muss, hinterfragt sie kurz.

70.	B	und was soll geröntcht werden↑
71.	A	die knochen werden abgetastet mit so einem gerät
72.	B	ja↑
73.	A	ne" zum ausschluss von
74.	B	ach↑ das hab ich schon mal gemacht das is aber schon lange her
75.	A	das macht nix
76.	B	und zwar habe ich ein offenes bein * gehabt is getz wieder zu und da wollte der doktor
77.		genau wissen wie weit der knochen schon angefressen war

An dieser Stelle beginnt der Arzt, eingehender zu erklären und diesen Punkt für Frau Brehmendorf verständlich abzuhandeln. Er geht weg von knappen Anordnungen und versetzt sich in ihr Verständnisproblem. Die Simultansequenz in Zeile 73/74 dient nicht dazu, seitens der Patientin einen Gesprächsschritt zu beanspruchen. Sie will nur sofort zeigen, dass der Gynäkologe Verständnis erzeugt hat.

Nach dem Abhandeln aller Punkte, die für die weitere Behandlung relevant sind, versucht der Arzt, das Gespräch zu einem Ende zu lenken. An dieser Stelle macht Frau Brehmendorf einen initiierenden Gesprächsschritt (Zeile 76/77). Der Arzt signalisiert durch Hörsignale im direkten Anschluss an ihren Gesprächsschritt deutlich seine weitere Zuhörbereitschaft. Er hinterfragt aber nicht genauer, weil diese Thematik für

ihn nicht behandlungsrelevant ist. Frau Brehmendorf zeigt mit *okay* (Zeile 85), dass dieser Punkt auch zu ihrer Zufriedenheit besprochen wurde. Dieses Hörersignal nutzt der Mediziner, um in die Beendigungsphase überzugehen. Dies macht er im Vergleich zu seiner bisherigen Sensibilität in der Interaktion mit der Rentnerin plötzlich und unsensibel. Es wird deutlich, dass die nahende Untersuchung für die Patientin unangenehm ist, und sie geht noch einmal mit einem initiierenden Turn zurück zum Thema Röntgen. Der Arzt hat die Beendigungsphase zu früh eingeleitet. Frau Brehmendorf hat noch eine offene Frage und ist noch nicht bereit, die wechselseitige Gesprächsbereitschaft aufzulösen. Ab Zeile 97 folgen keine Gesprächsschritte mehr. Die Gesprächspartner überbrücken die angespannte Situation mit Hörersignalen und wiederholen das Gesagte des Anderen. Die zuvor entspannte Redesituation ist gestört, und die Schlussphase zieht sich dadurch in die Länge.

90.	A	unten frei machen und auf dem stuhl * wie immer ne↑
91.	B	ja
92.	A	gut↓
93.	B	und rönchen muss das jetzt in dem quartal sein↑ weil ich jetzt in urlaub fahr↓
94.	A	nein dann im nächsten
95.	B	ja
96.	A	denken sie aber dran
97.	B	ja
98.	A	ja↑
99.	B	ja
100.	A	okay
101.	B	schön
102.	A	so"
103.	B	jawoll

Im gesamten Gesprächsverlauf tritt Frau Brehmendorf selten in die Sprecherrolle. Der Arzt erklärt die medizinischen Prozesse verständlich, schließt seine Wissenslücke über ihr Krankheitsbild mit Präzisions- und Komplettierungsfragen und fasst die Informationen zusammen. Die Rentnerin bestätigt seine Aussagen fast ausschließlich in knappen Hörersignalen. Auf Grund ihrer Aufmerksamkeit und Kooperation belohnt er sie subtil mit detaillierteren Erläuterungen. Sie hinterfragt nicht den Sinn seiner Fragestellung, der Arzt versucht jedoch von sich aus, die Intention hinter seinem Gesprächsverhalten ersichtlich zu machen. Frau Brehmendorf akzeptiert die Autoritätsrolle des Mediziners bedingungslos. Sie hat keinerlei Fachwissen in diesem Bereich und ist daher auf seine behandelnde Kompetenz und seine beratende Funktion angewiesen. Sie bringt dem Gynäkologen großes fachliches Vertrauen entgegen, kann

jedoch seine Funktion als Arzt nicht von der Rolle des etwa 20 Jahre jüngeren Mann trennen, daher hat sie ein großes Schamgefühl, welches der Arzt behutsam desensibilisieren muss.

6.4 Gespräch 4/ Dialog mit Frau Müller

In diesem Gespräch interagieren der Arzt und Frau Müller. Sie ist 53 Jahre alt und Hausfrau. Dieses Praxisgespräch ist mit 281 Sekunden das Längste des aufgezeichneten Materials. Die Eröffnungsphase umfasst die Zeilen eins bis vier. Nach einer ritualisierten Begrüßungsformel leitet der Arzt das Gespräch durch eine implizierte Aufforderung (*bitte sehr*) ein, stellt sich damit zuerst einfach als Zuhörer zur Verfügung. Darauf folgt eine rituell offene Frage mit der er einen zweifach interaktiven Druck auf die Patientin ausübt. Sie muss das rituelle Potential erfüllen und gleichzeitig ihre Beschwerde aktualisieren, denn der Mediziner fragt konkret: *wie geht es ihnen heute*. Auf ihre Antwort: *beschissen*, kann er mit inhaltlichen Fragen in die Kernphase übergehen. In dieser Gesprächsphase werden viele thematische Zusammenhänge angesprochen, damit der Arzt sich ein umfassendes Bild über den Grund ihres allgemeinen Unwohlseins machen kann. Dies ist nötig, da kein konkretes medizinisches Problem für ihren Besuch offen liegt. Die Gesprächspunkte sind die gesundheitlichen Probleme ihres Mannes und die daraus resultierenden Eheprobleme, der Tod ihrer Mutter und die Sorge um ihre Tochter Linda. Der Mediziner fungiert in der Rolle des Psychologen oder Gesprächstherapeuten. Durch gezieltes Frageverhalten versucht er an ihr Wissen zu gelangen, um ihrem Problem auf den Grund zu gehen. Da das soziale Verhältnis der Interaktanten auffällig asymmetrisch ist, passt der Arzt sich sprachlich an das Niveau seiner Patientin an,

131.	M	die tut nich helfen
132.	A	tut nich helfen↑

verwendet weder Fachsprache noch Semi-Fachsprache. Er übersetzt lediglich ihre Formulierungen zu Präzision in seinen medizinischen Fachwortschatz.

28.	M	ja wenn der auf=m klo muss hat der alles schon voll * dann läuft dat runter * dann
29.	A	+ also er kann den urin nicht halten ** ui " dann können sie ja gar nichts
30.		miteinander unterNEHmen↑

43.	M	ja und jetzt ham=se dem allet weggenommen
44.	A	die prostata weg↑

Im gesamten Gespräch signalisiert der Arzt durch Hörsignale oder Wiederholungen des vorangegangenen Turns von Frau Müller Zuhörbereitschaft und animiert sie frei zu sprechen. So gelangt er an die subjektive Wahrnehmung ihrer Probleme.

194.	M	+ vor allem meine mama
195.	A	ja
196.	M	ich hab meine mama so hab ich so lieb gehabt
197.	A	ja
198.	M	ich hab ja auch von ihr alles * die bilder
199.	A	+ alles gehabt↑
200.	M	→ wir haben ja alles stehn alles da alles ←
201.	A	jaja mensch↓ das ist ja ein großer verlust natürlich und dann
202.	M	+ meine gedanken die sind nur am denken am simmelieren da bin ich * ich
203.		bin viel am heulen
204.	A	ja:↓ jaja
205.	M	viel am heulen ↓
206.	A	jaja

Wenn die Patientin zu weit vom relevanten Thema weggeht, unternimmt der Gynäkologe den Versuch einer knappen Zusammenfassung. So will er sich einen Überblick verschaffen, seine gewonnenen Informationen präzisieren und das Gespräch aktiv lenken.

123.	A	hmm gut↑ das ist jetzt mit ihrem mann↓ was ist mit ihrer tochter↑ mit der
124.		linda↑

188.	A	+ jaja der is ja eifersüchtig aber da siehst du mal frau müller↓ sie haben ja
189.		zwei probleme an der backe↓ EINmal mit der tochter ** EINmal mit ihrem mann
190.		und zum dritten den verlust der mama das

Die Patientin beansprucht viele Gesprächsschritte und erwartet darauf keinen medizinischen Rat. Vorschläge zur Verbesserung ihrer Lebenssituation wehrt sie gezielt ab, wodurch in der Abhandlung der Krankheit ihres Mannes verstärkt Simultanpassagen entstehen.

84.	M	wenn der sich nicht operieren lässt
85.	A	ach was
86.		aber man muss man muss mit ihm sprechen auch * selbst wenn
87.		man operiert IST da gibt es möglichkeiten auch zu einer äh
88.		← zu zu mh ** zu einem verkehr zu kommen ne↑← er kann sein
89.		glied steif kriegen durch bestimmte medikamente
90.	M	ne: ne:
91.		→ kricht er nich kricht er nich ←

Sie nimmt keinen Rat an, sondern beansprucht immer wieder selbst Gesprächsschritte, kann so aber nicht die Sprecherrolle übernehmen. Sie versucht sichtlich die Zuhörbereitschaft des Arztes zu missbrauchen. Sein Eingreifen ist nötig, um das Gespräch nicht sinnlos abschweifen zu lassen. Immer wieder versucht Frau Müller, auf ihre eigenen körperlichen Beschwerden einzugehen, schildert ihre Schmerzen, kann diese aber nicht konkretisieren.

116.	M	ich bin ich ich hab ja so mit der wirbelsäule * mit das hier ob mit den mit dat bein *also mir tun eigentlich die ganzen knochen weh
117.		
118.	A	ja
119.	M	die so (.....) wenn ich die hände so machen tu jetzt werde ich
120.		sehn dass ich so=n ball krich son bischen mit die
121.	A	+ die hände in bewegung in bewegung halten
122.	M	genau jaja

Der Arzt erkennt richtig, dass dieser Punkt das Gespräch nicht zu einem Ziel führen kann und sucht in ihrem Umfeld nach Ursachen für ihre Probleme, die eindeutig nicht medizinischer, sondern seelischer Natur sind. Auf dieser Ebene versucht der Arzt auf sie einzugehen und das Gespräch einfühlsam zu lenken. So erfährt sie selbst, woher ihr Unwohlsein resultiert, um dann aktiv daran arbeiten zu können. Der Mediziner lässt ihr jedoch so viel Freiraum, dass sie vor ihm weinen kann. Er erkennt, dass sie keine medizinische Beratung braucht. Sie soll dazu bewegt werden, eigene Eindrücke über ihre Sorgen zu formulieren, um Distanz zu entwickeln.

191.	M	+ das geht mir zu nah
192.	- M -	((WEINEN))
193.	A	jede sache alleine macht krank da braucht man nicht noch
194.	M	+ vor allem meine mama
195.	A	ja
196.	M	ich hab meine mama so hab ich so lieb gehabt
197.	A	ja
198.	M	ich hab ja auch von ihr alles * die bilder
199.	A	+ alles gehabt↑
200.	M	→ wir haben ja alles stehn alles da alles ←

201.	A	jaja mensch↓ das ist ja ein großer verlust natürlich und dann
202.	M	+ meine gedanken die sind nur am denken am simmelieren da bin ich * ich
203.		bin viel am heulen
204.	A	ja:↓ jaja

In Zeile 218 macht der Gynäkologe einen ersten Versuch, die Beendigungsphase einzuleiten. Er möchte klarstellen, dass er sie insgesamt für körperlich gesund hält, jedoch zu ihrer Beruhigung eine Blutprobe ins Labor schickt, obwohl er nicht von einem negativen Befund ausgeht. Diese Überzeugung kann man an der starken Betonung des *nICHT* erkennen.

218.	A	ich habe von ihnen blut abgenommen * wir schicken das weg↓ wenn das nICHT in ordnung sein sollte ** ich ruf sie dann an aber wir können dann telefonieren ** mit dienstag nächste woche
219.		
220.		

Er will die weitere Zusammenarbeit mit ihr sichern, da er sieht, dass sie Beistand benötigt, und bietet sogar ein Gespräch mit ihrem Mann und ihrer Tochter an.

Das Gespräch scheint zur Zufriedenheit beider Parteien abgehandelt, Frau Müller geht jedoch noch einmal ins Thema zurück und will noch einmal auf ihre Beschwerden zu sprechen kommen. Nun blockt der Arzt aber konsequent ab und überweist sie zur weiteren Behandlung an einen Urologen. Auch an dieser Stelle will die Patientin noch einmal einen Turn beanspruchen, wird diesmal jedoch deutlich unterbrochen.

236.	M	ich hab zu meinem mann gesacht
237.	A	+ trotzdem der kennt den die besseren urologen müssen sie mit zu seinem
238.		urologen gehen ja" sonst sag ICH ihm das↓ geben sie ihre telefonnummer die
239.		neue bitte dass wir ** telefonieren können nächste woche
240.	M	ja
241.	A	okay frau müller↑ und grüßen sie ihn schön und sagen sie er soll mit ihnen zu
242.		ihrem urologen↓

Daraufhin reagiert sie nur noch mit einem kurzen *ja*. Nun formuliert der Arzt eine Verabschiedung, lässt Grüße ausrichten, und gibt ihr deutlich mit auf den Weg, seine medizinischen Verordnungen einzuhalten.

Dieses Gespräch ist das Einzige in dem eine ritualisierte Verabschiedung stattfindet. Die anderen Gespräche in der gynäkologischen Praxis enden ebenfalls ritualisiert, jedoch mit der Aufforderung zur Untersuchung. Frau Müllers Besuch zielt jedoch nicht auf eine medizinische Behandlung. Abschließend ist zu sagen, dass das Gespräch zu Anfang kontrolliert verläuft. Der Arzt lenkt es und sichert sein Verständnis durch

gezieltes Nachfrage- und Rückmeldeverhalten. Darauf folgt ein Wechsel zwischen Passagen, in denen er die Redeanteile seiner Patientin größer werden lässt, wodurch dann vermehrt Simultanpassagen entstehen. Der Mediziner nimmt die Gesprächsführung aber immer wieder auf, filtert wichtige Informationen heraus und schließt noch offene Wissenslücken durch Komplettierungsfragen. Insgesamt arbeitet der Arzt daran, seine Rolle als Autoritätsträger aufrecht zu erhalten, überwindet die daraus resultierende Distanz aber immer wieder, um auf einer gleichen Ebene mit Frau Müller eine vertraute Gesprächsbasis herzustellen. Dann spricht er nicht als Mediziner mit ihr, sondern geht als Mensch auf sie ein, wodurch er phasenweise an Autorität einbüßt. Trotzdem ist er in der Lage immer wieder lenkend in das Gespräch einzugreifen. Das ist vor allem wichtig, wenn die Patientin dazu neigt, jeden medizinischen Rat abzulehnen und den Arzt nur als Zuhörer oder Psychotherapeuten zu verstehen.

7. Resümee

Die zentralen Fragen dieser Arbeit waren: Hat der berufliche Status der Patientinnen Einfluss darauf, wie sie mit der Autoritätsrolle des Arztes umgehen? Und wie überbrücken die Gesprächspartner das Wissensgefälle?

Diese Fragen können natürlich nicht allgemeingültig beantwortet werden, jedoch zeichnen sich in den vier untersuchten Gesprächen deutliche Unterschiede ab. Die berufstätigen Patientinnen Frau Korten und Frau Schulz treten dem Arzt wesentlich selbstsicherer entgegen als Frau Brehmendorf oder Frau Müller. Sie sind stärkere Gesprächspartnerinnen und haben konkretere Erwartungen an das Praxisgespräch. Dies deutet darauf hin, dass Patienten, die beruflich ausgelastet und mit ihrem sozialen Status scheinbar zufrieden sind, den Arzt nicht als höhergestellte Autoritätsperson ansehen. Sie treten im Praxisgespräch einer Person gegenüber, die ihren Beruf ausübt, so wie sie es selbst im Alltag tun. Besonders die Krankenschwester Frau Schulz hat ein fundiertes medizinisches Hintergrundwissen und nimmt keine vom Arzt ausgehende Autorität wahr. Frau Brehmendorf, aber auch Frau Müller sind zudem deutlich älter als die anderen Patientinnen. Möglicherweise ist in ihnen das Bild des Arztes, der allein medizinische Fragen beantworten kann, noch fester verankert. Heute

werden die Menschen täglich mit Informationen, Forschungsergebnissen und alternativen Behandlungsmethoden konfrontiert und können sich ein solides Basiswissen aneignen. Wissenschaftler sprechen schon von einer „Revolution des Gesundheitsbewusstseins“, das Wissen über Gesundheitsvorsorge hat sich beim Durchschnittsbürger innerhalb der letzten 25 Jahre verdreiundzwanzigfach. Ärzte haben nun kaum noch informierende, sondern vielmehr beratende Funktion, die meisten Patienten kommen mit einer vorsichtigen Diagnose und einer Behandlungsidee in die Praxis. Patienten kommen oft wesentlich besser aufgeklärt in die Praxis, als es dem Arzt in der knapp bemessenen Zeit des Beratungsgesprächs gelingen könnte.

Trotz sichtlicher Unterschiede im Gesprächsverhalten der verschiedenen Berufsgruppen können diese Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Das Verhalten gegenüber Autoritätsträgern hängt von vielen individuellen Charaktermerkmalen des Patienten ab, sicher kann man aber doch sagen, dass Selbstwahrnehmung und Auftreten auch durch den Beruf bedingt werden.

Trotz aller Probleme in der Arzt-Patienten-Interaktion zeichnet sich in den letzten Jahren ein Wandel ab. Bei einer Untersuchung an 800 Ärzten in Hamburg gab im Jahre 1970 die überwiegende Mehrheit an, dass sie die Vorstellung vom Patienten als einem fachkundigen Gesprächspartner als nicht praktikabel ablehne. Schon sechs Jahre später wurde der Aspekt der ärztlichen Autorität bei den erneut befragten Ärzten bereits deutlich weniger betont. Auch negative Einschätzungen des Patienten, insbesondere des medizinisch vorgebildeten Kranken, waren seltener feststellbar. Ein deutlicher Erfolg großer Ärzteorganisationen, die sich um die Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten bemühen.

8.Quellenverzeichnis

8.1.Literaturverzeichnis

BRINKER, KLAUS/SAGER, SVEN F.: Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Berlin: Erich Schmidt 1989

FIEHLER, REINHARD: Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienteninteraktion. In: Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Hg. v. Konrad Ehlich. Armin Koerfer. Angelika Redder. Rüdiger Weingarten. Westdeutscher Verlag 1990

LALOUSCHEK, JOHANNA: Nur ganz normale Sachen. In: Aufgaben und Probleme der medizinischen Gesprächsausbildung. Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Hg. v. Angelika Redder, Ingrid Wiese. Westdeutscher Verlag 1996

SPRANZ-FOGASY, THOMAS: Ärztliche Gesprächsführung- Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung. In: Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Hg. v. Reinhard Fiehler, Wolfgang Sucharowski. Westdeutscher Verlag 1992

SPRANZ-FOGASY, THOMAS: Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Hg. v. Konrad Ehlich. Armin Koerfer. Angelika Redder. Rüdiger Weingarten. Westdeutscher Verlag 1990

ROELKE, THORSTEN: Fachsprachen, Berlin: Erich Schmidt 1999

8.2.Internetquellen

www.linse-uni-essen/gesprächsforschung (11.5.2006/18.00 Uhr)

www.ids-mannheim.de/prag/dida (11.5.2006/19.30 Uhr)

www.medicom4u.com/Docs.html (21.4.2006/14.00 Uhr)

9. Anhang

Gespräch 1: Frau Schulz

1.	A	frau schulz * guten tag bitte sehr
2.	S	guten tag →ich bekomme von dieser pille ausfluss← und zwar merk ich das da:ran
3.		dass wenn ich die pille ne woche nicht nehme is nämlich nix
4.	A	aha wenn sie die pille nehmen haben sie ausfluss ** welche pille ist das↑
5.	S	weiß ich jetzt nicht
6.	A	die haben sie von mir↑
7.	S	ja"
8.	-S-	((IN ANKLAGENDEM TON))
9.	A	ja und wie lange nehmen sie sie schon
10.	S	drei monate
11.	A	←seit drei monaten→
12.	-A-	((NACHDENKLICH))
13.	S	hm"
14.	A	und das stört sie↑
15.	S	+ ja * müsst ich sagen ja UNangenehm müsst ich sagen
16.	A	+ ihr ausfluss ist unangenehm↓ ** ist er mit juckreiz verbunden↑
17.	S	nein
18.	A	brennen↑
19.	S	+auch nicht auch riecht nicht
20.	A	+und kein blut bei↑
21.	S	+auch nicht
22.	A	←nur starker ausfluss→
23.	S	hm"
24.	A	das kann schon mal * pillenbedingt sein
25.	S	ich hab dann mal dran gerochen ** ne"
26.	A	ja:
27.	S	riecht nach nix
28.	A	da werd ich besser einmal nachgucken ob es eine andere ursache hat* wenn es keine andere ursache hat dann wechseln wir die pille↓
29.		
30.	S	+gu:t
31.	A	+dann ham=wers

Gespräch 2: Frau Korten

1.	A	frau korten ↑
2.	K	guten tag
3.	A	guten tag frau korten ** so * frau korten ist heute zur krebsvorsorge hier↓
4.	K	+ ja und spiralenkontrolle
5.	A	spirale wird auch kontrolliert
6.	K	weiß ich nicht wenn sie
7.	A	ja
8.	K	wenn ich einmal da bin
9.	-K-	((lacht))
10.	A	ja↓ wie lange ist sie drin↑
11.	K	seit 2002
12.	A	die spirale ist seit * juli 2007 äh 2002
13.	K	+ warum fragen sie mich das↑
14.	-K-	((LACHT))
15.	A	(die is nicht mehr) ** nochmal einen hormontest machen gucken ob sie überhaupt
16.		noch verhüten müssen das kann man ihnen definitiv sagen
17.	K	ja das haben sie voriges jahr schon gemacht und da
18.	A	äh und
19.	K	und da haben sie mir gesagt ich muss noch verhüten * darum hab ich ja die spirale
20.	-K-	((LACHT))
21.	A	ach so: ja"
22.	-A-	((IRONISCH))
23.	K	ja"
24.	A	ja gut * ja entweder wechseln oder das wiederholen frau * korten das * das wir
25.		uns äh das damit sie sie nicht umsonst drin haben
26.	K	+ eben
27.	A	+ und nach drei jahren fangen die komplikationen ein * äh an
28.		äh an der verhütungsschutz istn bis:chen eingeschränkt verhütet
29.		no:ch gut die möglichkeit dass sie einwächst
30.	K	+ hmm"
31.	A	+zweitens das metall sich (zurücklöst) ** ne" und dann holt man das in stückchen
32.		und deshalb lieber rausfinden
33.	K	+ hmm"
34.	A	* ne" * muss sie raus dann raus↑ und durchn hormontest erkennen ob wir sie
35.		ersETZen oder ersatzlos raus ** ja↑
36.	K	ja
37.	A	gehen sie bitte hier=rein
38.	K	* ja:.
39.	-K-	((GENERVT))
40.	A	gucken wir dann ob alles ok ist
41.	K	ja:
42.	-K-	((LACHT GENERVT))

Gespräch 3: Frau Brehmendorf

1.	A	hallo frau brehmendorf bitte sehr gehts ihnen gut↑
2.	B	ja kann nich meckern
3.	A	ja"
4.	B	ja
5.	A	wann waren sie das letzte mal hier↑
6.	B	ich glaub mai
7.	A	im mai↑
8.	B	ja
9.	A	so sie machen einen gesunden eindruck **
10.	B	aha
11.	A	a:ber ** die ** routineuntersuchung die muss ja sein
12.	B	ja"
13.	A	wann war die letzte↑
14.	B	ähem * ja im mai steht auch glaub ich im büchchen drin ne↑ im mai glaub ich *
15.	A	am zehnten mai waren sie hier
16.	-A-	((BLÄTTERT IN DER AKTE))
17.	B	j:a alle drei monate soll ich ja kommen
18.	A	richtig↓ haben wir blut abgenommen↑
19.	B	ja
20.	A	s:o das war bei ihnen ** wo saß der krebs bei ihnen↑
21.	B	gebärmutter
22.	A	in der← gebärmutterwand→↑ das war im inneren drittel stimmts↑
23.	B	hmm
24.	A	von daher brauchen wir anschließend ** kElne strahlentherapie und kElne chemotherapie
25.	B	hmm
26.	A	also glÜck * im unglück ne"
27.	B	j:a
28.	A	also wenn jetzt noch * vier fünf millimeter
29.	B	+hmm
30.	A	dann hätten sie ne strahlentherapie * und ne chemotherapie gebraucht
31.	B	+hmm
32.	A	sO die erkrankung * war wann↑ ** dezember zweitausenddrei↓
33.	B	+ja
34.	A	gut ** sO wie alt sind sie jetzt frau↑ →
35.	B	einundsiebzig
36.	A	einundsiebzig↓ lebt ihr mann↑
37.	B	nein der mann ist seit vier jahren tot
38.	A	j::a ich frag deshalb
39.	B	ja↑
40.	A	weil↓ nach solchen operationen gibt es manchmal probleme beim verkehr also↓ das ist↓
41.		bei ihnen ist die frage nicht gegeben oder gibts da probleme↑
42.	B	→neinein←
43.	A	also gibts da keine probleme also das * brauchen wir nicht drüber reden
44.	B	nein
45.	-B-	((RÄUSPERT SICH))
46.	A	gut ihre blutwerte waren bis jetzt immer gut↓
47.	B	hmm
48.	A	hmm * wann war die letzte röntgenuntersuchung ** müssen wir einmal nachholen
49.	B	rönchen↑
50.	A	röntgen

51.	B	hmm↑
52.	A	die knochen
53.	B	die knochen↑
54.	A	ja
55.	B	ja
56.	A	ja * wo wohnen sie↑
57.	B	in buer
58.	A	gut
59.	B	hmm
60.	A	ja" * wo haben sie sich * bis jetzt röntgen lassen↑
61.	B	pff
62.	-B-	((NACHDENKLICH))
63.	A	** die adresse ne↑ wo das gemacht werden kann↑
64.	B	ja rönchen im marienhospital
65.	A	ja wo sind sie versichert↑ knappschaft↑
66.	B	ja
67.	A	können sie hingehen ja↑
68.	B	ja
69.	A	gut↓
70.	B	und was soll geröncht werden↑
71.	A	die knochen werden abgetastet mit so einem gerät
72.	B	ja↑
73.	A	ne" zum ausschluss von
74.	B	ach↑ das hab ich schon mal gemacht das is aber schon her
75.	A	das macht nix
76.	B	und zwar habe ich ein offenes bein * gehabt is getz wieder zu und da wollte der doktor
77.		genau wissen wie weit der knochen schon angefressen war
78.	A	+ja
79.	B	ne↑ von den von den ** von dem offenen bein
80.	A	+ja
81.	B	nee aber war nix
82.	A	+war nix↑
83.	B	war nix↓
84.	A	ah gut
85.	B	okay
86.	A	ah gut das * kann man jetzt bei der gelegenheit sehen die vernarbung
87.	B	ja
88.	A	oder nicht vernarbung ** gut frau ** brehmendorf gehen sie bitte hier rein
89.	B	ja
90.	A	unten frei machen und auf dem stuhl * wie immer ne↑
91.	B	ja
92.	A	gut↓
93.	B	und rönchen muss das jetzt in dem quartal sein↑ weil ich jetzt in urlaub fahr↓
94.	A	nein dann im nächsten
95.	B	ja
96.	A	denken sie aber dran
97.	B	ja
98.	A	ja↑
99.	B	ja
100.	A	okay
101.	B	schön
102.	A	so"
103.	B	jawoll

Gespräch 4: Frau Müller

		tach frau müller ** bitte sehr * wie gehts ihnen heute
1.	A	↑
2.	M	beschissen
3.	A	nochmal↑
4.	M	beschissen
5.	A	wieso das denn↑
6.	M	nich gut
7.	A	wieso↑
8.	M	ja weiß ich nich * fühl mich schlapp
9.	A	schlafen sie nicht gut↑
10.	M	ne: ich bin ja so schlapp
11.	A	← sie fühlen sich schlapp →
12.	M	hmm * überall schmerzen
13.	A	ja↑ aber wir haben das blut untersucht und das ist in ordnung *
14.		hä↑ nicht dass das problem woanders liegt↓ organisch sind sie
15.		gesund nicht dass das
16.	M	+ ja weil ich ja so schmerzen hatte versteh ich nich
17.	A	nicht dass das im seelischen bereich ist↓
18.	M	+ die knochen sind ja auch kaputt
19.	A	sind sie glücklich und zufrieden zuhaus↑ * funktioniert alles
20.	M	jA er schnautzt mich immer an
21.	A	** wie geht es ihrem mann jetzt↑
22.	M	bei dem läuftet↓ bei dem is et auch nicht besser
23.	A	+ ist nicht besser
24.	M	ne:
25.	A	+ läuft nix↑
26.	M	läuft immer so↓ der is ja operiert worden
27.	A	operiert * ja↓
28.	M	ja wenn der auf=m klo muss hat der alles schon voll * dann läuft dat runter * dann
29.	A	+ also er kann den urin nicht halten ** ui " dann können sie ja gar nichts
30.		miteinander unterNEHmen↑
31.	M	äh↑ wie meinen=se dat denn↑
32.	A	rausgehen
33.	M	ne:
34.	A	oder sex haben * oder in urlaub fahren
35.	M	dAT↑ ja dat kann ich ja auch nich↓ wie denn↑
36.	A	sexuell auch nichts↑
37.	M	ja ICH schon aber ER kann nich mehr
38.	A	wo↑ durch die operation wahrscheinlich
39.	M	der hatte ja die totaloperation
40.	A	jA
41.	M	dem ham=se ja die männlichkeit weggenommen↓ also der hat ja krebs gehabt↓
42.	A	jA
43.	M	ja und jetz ham=se dem allet weggenommen
44.	A	die prostata weg↑
45.	M	ALLET weg
46.	A	aha↑ und dadurch kann jetzt
47.	M	** ne: er kann nix mehr * ne:
48.	A	und hat auch keine empfindungen↑ keine lust↑
49.	M	ne: auch nich mehr ey

50.	A	das ist auch weg und auch so↓ und auch zu streichen↑ ** keine streicheleinheiten
51.		wie früher↑ keine zärtlichkeit↑ je:der mensch braucht frau müller↑ macht ja
52.		wahrscheinlich alleine schon ** krank ist er denn nicht so wie früher lieb mit den
53.		worten zu ihnen↑ ** auch nicht
54.	M	((STÖHNEN))
55.	A	** ja warum machen SIE denn das nicht↑
56.	M	was soll ich denn machen↑
57.	- M -	((WEINEN))
58.	A	aber er macht sich auch sorgen um sie
59.	M	ich weiß
60.	- M -	((STÄRKERES WEINEN))
61.	A	er macht sich auch sorgen um sie
62.	M	es ist auch so seit meinen mama tot is * geht das bei mir bergab
63.	A	wann ist die mama tot↑
64.	M	die is schon übern jahr tot↑
65.	A	← ein jahr → wo hat sie hat sie hier gewohnt * und haben sie sich
66.	M	+ die war im pflegeheim
67.	A	pflegeheim
68.	M	in äh in herten
69.	A	in herten↓ und haben sie sie häufig besucht↑
70.	M	scho:n aber ich wusste nicht dass sie * mir hat ja keiner bescheid gesagt dass sie nach nach
71.		(.....)
72.		das man da noch wat für tun ja ich weiß doch nich↓ omma ist ja die
73.		hat noch vierzehn tage im krankenhaus und mir hat kElner wat
74.		gesagt
75.	A	jaja * und seit dem gehts bergab bei ihnen * mann mann mann **
76.		ja gut↑ da haben wir jetzt ne seite↓ also mit ihrem mann klappt das
77.		nicht mehr so wie früher * is ja gut " der is ja krank↑ das hat er ja
78.		nicht äh das kann er ja nicht äh beeinflussen
79.	M	nö er (.....) wenn er das nicht macchen lässt wird er in
80.		zwei jahren nicht mehr leben
81.	A	ach wAS der kann nicht über leben und tot bestimmen↑
82.	M	ja hat der dOKtor gesacht
83.	A	ach was
84.	M	wenn der sich nicht operieren lässt
85.	A	ach was
86.		aber man muss man muss mit ihm sprechen auch * selbst wenn
87.		man operiert IST da gibt es möglichkeiten auch zu einer äh
88.		← zu zu mh ** zu einem verkehr zu kommen ne↑← er kann sein
89.		glied steif kriegen durch bestimmte medikamente
90.	M	ne: ne:
91.		→ kricht er nich kricht er nich ←
92.	A	geht nicht↑ ja aber der muss das mit seinem arzt besprechen es gibt"
93.		möglichkeit
94.	M	ja äh sowat nimmt er nicht tabletten so sacht=er sacht=er öh *
95.		ers=ma hatt=er wo er den katheter drin hatte
96.	A	ja ich weiß
97.	M	+ ham=se den ja rausgerissen wegen der hüfte
98.	A	ach so↑ da:durch ist die blase nicht mehr dicht
99.	M	ja auch * die ham ja alles * da is ja alles kaputt ** die die * die
100.		samenstränge is ja alles kaputt
101.	A	+ die samenstränge auch↓

102.	M	alles↓ alles kaputt
103.	A	mann mann mann↓ * ja gut da muss ma da muss mann gucken
104.		was man bei ihrem mann * man bei dem machen kann↓ das
105.		verständlich machen * ne↑ ich seh ihn ja da kann ich ihm das
106.		ja sagen dass es ne möglichkeit gibt
107.	M	ich mein
108.		ich hab auch verlangen nach * nach sex
109.	A	jaja↑ sie sind noch jung↓ natürlich haben sie verlangen
110.	M	ja aber
111.	A	aber haut nich hin↑
112.	M	ja ich bin ja auch krank
113.	A	jaja↑
114.	M	nur ich bin ANders krank
115.	A	ja:
116.	M	ich bin ich ich hab ja so mit der wirbelsäule * mit das hier ob mit den mit dat bein *
117.		also mir tun eigentlich die ganzen knochen weh
118.	A	ja
119.	M	die so (.....) wenn ich die hände sO machen tu jetzt werde ich
120.		sehn dass ich so=n ball krich son bischen mit die
121.	A	+ die hände in bewegung in bewegung halten
122.	M	genau jaja
123.	A	hmm gut↑ das ist jetzt mit ihrem mann↓ was ist mit ihrer tochter↑ mit der
124.		linda↑
125.	M	die linda die is die hat auch probleme die hat so auch einen gehabt * die hat ja
126.		ne eigene wohnung ** gestern war se bei mir gestern war se da
127.	A	also haben sie kontakt zu ihr↑
128.	M	jaja schon aber wenn ich sach linda tuste ma putzen helfen da hat die ihre eigenen
129.		sachen * die eigenen probleme
130.	A	also sIE seilt sich ab
131.	M	die tut nich helfen
132.	A	tut nich helfen↑
133.	M	ich kann ja auch nich lange stehn * so wie früher mit kochen oder mit
134.		saubermachen so ich ähm tut mir mein kreuz weh
135.	A	ist die selbstständig↑ jetzt so äh mit finanzen und so↑
136.	M	ne: die is noch in der schule
137.	A	sie geht schule↓
138.	M	aber mein mann muss sie noch bezahlen
		+ muss bezahlen der mann * ihr ** und wo wohnt
139.	A	sie↑
140.	M	die wohnt im äh in recklinghausen wohnt die
141.	A	+ recklinghausen
142.	M	ja da hat se die hier noch die schule
143.	A	in einer wohngemeinschaft oder
144.	M	ne: ne:
145.		die hat ne eigene wohnung
146.	A	ne eigene wohnung
147.	M	keine wohngemeinschaft
148.	A	nicht mehr bei dem da * freund↑ die hat doch son älteren freund gehabt
149.	M	ja der roland der kommt heute noch
150.	A	der roland
151.		is sie mit dem noch zusammen↑
152.	M	** ja die war äh ist mit dem äh also → die sagen eher freundschaftlich ← * die
153.		hat=n anderen gehabt der jörg ja: der war drei tage nich da ich mein die is mit den
154.		die is ja nich verheiratet und verlobt

155.	A	mhm
156.	M	der is Eifersüchtig
157.	A	der JÖRG is eifersüchtig↑ so richtig auf den roland
158.	M	ja genau
159.	A	aber der roland kann ja sein vater sein↑
160.	M	ja aber der roland isn lieber kerl
161.	A	+ der ist lieb
162.	M	ja
163.	A	und der passt zur linda besser↑
164.	M	ja * doch↓
165.	A	als der jörg
166.		doch↓
167.	M	ich mein er
168.	A	+ wieviel älter ist er denn↑ wieviele jahre
169.	M	könnte ja fast ihr papa sein aber
170.	A	+ über zwanzig ne"
171.	M	ne: ne: ne:
172.	A	über dreißig"
173.	M	nä: älter ist er
174.	A	mehr als zwanzig jahre
175.	M	also der sieht nicht so: alt aus
176.	A	ja"
177.	M	wolln=wa ma sagen ** is=n lieber äh is=n lieber mensch
178.	A	wenn die linda mit ihm glücklich ist
179.	M	+ ja die freut sich schon dat er heute kommt
180.	A	gut
181.	M	jetz kann er nich zuhause drei tage in ihr wohnung jetz hat der jörg n schlüssel
182.		jetz hat der zuhause bei ihr alles durchnander gewühlt → wa hat er äh an ihr
183.		privatsachen zu suchen↑←
184.	A	gar nix ne"
185.	M	nä: nur jetz hat sie äh * mich ja angerufen war=se am weinen boah mama hat
186.		se gesacht * der hat dat fernsehen mitgenommen * kann ich deins haben↑
187.		ja ich sach ich sach ja
188.	A	+ jaja der is ja eifersüchtig aber da siehst du mal frau müller↓ sie haben ja
189.		zwei probleme an der backe↓ EINmal mit der tochter ** EINmal mit ihrem mann
190.		und zum dritten den verlust der mama das
191.	M	+ das geht mir zu nah
192.	- M -	((WEINEN))
193.	A	jede sache alleine macht krank da braucht man nicht noch
194.	M	+ vor allem meine mama
195.	A	ja
196.	M	ich hab meine mama so hab ich so lieb gehabt
197.	A	ja
198.	M	ich hab ja auch von ihr alles * die bilder
199.	A	+ alles gehabt↑
200.	M	→ wir haben ja alles stehn alles da alles ←
201.	A	jaja mensch↓ das ist ja ein großer verlust natürlich und dann
202.	M	+ meine gedanken die sind nur am denken am simmelieren da bin ich * ich
203.		bin viel am heulen
204.	A	ja:↓ jaja
205.	M	viel am heulen ↓
206.	A	jaja
207.	M	(.....)
208.	A	ist ja nicht leicht wenn man von soviel negativen gedanken umgeben ist↓

209.	M	ich krich keine liebe richtige
210.	- M -	((WEINEN))
211.	A	jaja↓ sie kriegen die liebe die sie brauchen nicht↓ ist ja klar ne" dass man dann
212.	M	(.....) seit der operiert ist ist er auch ganz anders
213.	A	seit dem er operiert worden ist↓ aber mit duisburg ist es * er will ja nicht nach
214.		duisburg
215.	M	der hat gesacht da werden wir nich alt↓ ich soll da kindermädchen spielen
216.		→ tu ich nich ich bin auch selber krank ←
217.	?	(unverständlich)
218.	A	ich habe von ihnen blut abgenommen * wir schicken das weg↓ wenn das nIcHT
219.		in ordnung sein sollte ** ich ruf sie dann an aber wir können dann telefonieren **
220.		mit dienstag nächste woche
221.	M	ja:
222.	A	ja↑
223.	M	telefonnummer haben sie von mir
224.	A	hab ich jaja
225.	M	die neue ham=se auch↑
226.	A	ne: ne: die geben sie bitte drAUßen ab ja↑ draußen abgeben ich werde mit der
227.		linda und mit ihrem mann ** mit den beiden werde ich nochmal reden ein
228.		ernstes wort↓ aber ihr mutter KANN ich nicht zurückholen da müssen sie schon
229.		abschließen↓ wir werden sehn wie ihre blutwerte sind↓ dass sie in ordnung sind
230.		gesund sind * organisch
231.	M	aber warum hab ich immer blut im urin↑
232.	A	da:mit müssen sie zum urologen ** ja" ich gebe ihnen die überweisung dann
233.		gehen sie zum urologen
234.	M	(.....)
235.	A	der soll mitgehen
236.	M	ich hab zu meinem mann gesacht
237.	A	+ trotzdem der kennt den die besseren urologen müssen sie mit zu seinem
238.		urologen gehen ja" sonst sag ICH ihm das↓ geben sie ihre telefonnummer die
239.		neue bitte dass wir ** telefonieren können nächste woche
240.	M	ja
241.	A	okay frau müller↑ und grüßen sie ihn schön und sagen sie er soll mit ihnen zu
242.		ihrem urologen↓