



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das Arzt-Patienten-Gespräch –
ein kritischer Forschungsüberblick“

Verfasserin

Stephanie Jauk

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 190 333 299

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Lehramtsstudium UF Deutsch, UF Psychologie und
Philosophie

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Patocka

Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei all jenen bedanken, die zur Fertigstellung dieser Arbeit maßgeblich beitrugen. Insbesondere danke ich:

Meinem Betreuer Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz Patocka für die kompetente und freundliche Unterstützung und die konstruktive Kritik vor und während der Erstellung dieser Arbeit.

Sophie, Martin und Nathalie, die mich durch ihre positiven Rückmeldungen immer wieder bestärkten und mir Halt gaben und Lisa und Tamara, die mir die Bedeutsamkeit der Beschäftigung mit der Thematik meiner Diplomarbeit aufgrund ihrer Erzählungen aus dem Medizinstudium immer wieder vor Augen führten.

Andrea Röhm, die mir mit ihren schöpferischen Ideen und ihrem sprachlichen Wissen zur Seite stand.

Besonderen Dank möchte ich meiner Mutter, meinem Vater, meiner Stiefmutter und meinem Stiefvater aussprechen. Sie haben mir diese Arbeit und den damit einhergehenden Abschluss des Studiums durch ihre Unterstützung, sowohl in finanzieller als auch emotionaler Hinsicht, ermöglicht.

Meinem Freund Philipp, der mir in dieser intensiven Lebensphase durch seine Geduld, seine Toleranz und seine Liebe, den benötigten Rückhalt gab.

1	EINLEITUNG	3
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	6
2.1	Interaktion, Kommunikation und Gespräch	6
2.2	Linguistische Grundlagen	7
2.2.1	Gesprächsanalyse	9
2.2.2	Fachsprache	19
2.2.3	Soziolinguistik	22
2.3	Entwürfe der Kommunikation zwischen Arzt und Patient	23
2.3.1	Paternalistisches Modell	23
2.3.2	Informatives Modell	25
2.3.3	Shared-Decision-Making	27
2.4	Rahmenbedingungen der Arzt-Patienten-Kommunikation	29
2.5	Rollenbilder	30
2.5.1	Der Arzt	30
2.5.2	Der Patient	33
3.	DIE FORSCHUNG ZUR ARZT-PATIENTEN-	
	KOMMUNIKATION	36
3.1	Studien der 80er Jahre	38
3.1.1	Löning: Das Arzt-Patient-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps	38
3.1.2	Jährig/Koch: Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses – eine empirische Untersuchung	45
3.1.3	Bliesener: Erzählen unerwünscht. Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen?	49

3.2	Studien der 90er Jahre	59
3.2.1	Rosomek: Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der	59
3.2.2	Hartog: Das Schweigen der Experten und das Schweigen der Laien	62
3.3	Studie aus dem Jahre 2007:	66
	Nowak: Eine Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschung zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen	66
3.4	Kritische Hinterfragung der Studien	77
4.	RATGEBER UND IHRE ENTWICKLUNG	93
5.	ZUSAMMENFASSUNG	106
6.	LITERATURVERZEICHNIS	110
7.	ANHANG	113

1 Einleitung

Bei der Visite wird bei Hrn. P. eine subkutane Thromboseprophylaxe verordnet. Die Diplomschwester kommt nach der Visite an das Bett von Hrn. P., um die verordnete Spritze zu verabreichen.

DGKS Fr. M.: „Sie bekommen jetzt eine Spritze.“

Hr. P.: „Warum muss ich eine Spritze bekommen?“

DGKS Fr. M.: „Die wurde bei der Visite angeordnet – die bekommen Sie ab jetzt einmal am Tag.“

Hr. P.: „der Arzt hat aber nichts gesagt.“

DGKS Fr. M.: „Aber er hat sie aufgeschrieben – die Spritze müssen Sie erhalten, damit Sie keine Thrombose bekommen.“

Hr. P.: „Ich will aber keine Spritze.“

DGKS Fr. M.: „Das ist nur ein kleiner Stich, geht ganz schnell, nur unter die Haut.“

Hr. P.: „Warum muss ich die bekommen?“

DGKS Fr. M.: „Sie liegen im Bett und bewegen sich wenig. Sie können eine Venenentzündung bekommen.“

Hr. P.: „Kann man da nichts anderes machen – Tabletten geben oder ...“

Die Diplomschwester hat inzwischen das Nachthemd gehoben und die Spritze injiziert: „Sehen Sie – ist schon vorbei, ist gar nicht schlimm.“¹

Die Idee zur vorliegenden Arbeit entstand in erster Linie durch mein stetig wachsendes Interesse an der Linguistik, im Speziellen an der gesprochenen Sprache, und durch ein Seminar in meinem Zweitfach Philosophie und Psychologie zum Thema Ethik in der Pflege. Im Zuge der Recherche, wie man diese beiden Komponenten sinnvoll kombinieren könnte, stieß ich auf den oben stehenden Ausschnitt aus einem Gespräch in einem Krankenhaus und so fragte ich mich: Was war hier passiert? Dem Patient wurde gegen seinen Willen und gegen sein Wissen eine Spritze injiziert, obwohl er vorher darüber hätte informiert werden müssen. Daraus ergeben sich mehrere Optionen: Entweder hat der behandelnde Arzt den Patienten nicht oder nur unzureichend informiert, oder der Patient hat die weitere Vorgehensweise nicht verstanden aber nicht hinterfragt, oder er hat sie verstanden, aber nicht akzeptiert. Welche Erklärung man auch immer finden möchte für dieses Missverständnis, eine Erkenntnis bleibt: Diese Kommunikation zwischen Arzt und Patient war wenig erfolgreich!

In den vergangenen Jahrzehnten wurde der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ein großes Interesse zuteil. In verschiedenen Disziplinen wurden mit unterschiedlichen Zielsetzungen Studien angelegt, um die Interaktion genauer zu erforschen. Vor allem

¹Weiberg (2010), S. 1.

[Text eingeben]

die Medizin wollte ihren Wissensdurst stillen, um für bereits behandelnde und angehende Ärzte einen Leitfaden zu kreieren. Auch die Fülle an Literatur aus den Fachbereichen der Psychologie, der Soziologie und den Sprachwissenschaften offenbart den Eifer, mit dem an der Erforschung gearbeitet wird.

Die einzelnen Elemente, die benötigt werden, um die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verstehen und auf linguistischer Basis zu untersuchen, werden in der vorliegenden Arbeit zunächst in einem theoretischen Teil geklärt. So werden im Kapitel 2.2 die linguistischen Grundlagen, die sich für die Analyse von Gesprächen im medizinischen Bereich eignen und angewandt wurden, dargestellt und durch Beispiele aus dem medizinischen Bereich veranschaulicht. Anschließend werden verschiedene Modelle und Entwürfe der Kommunikation zwischen Arzt und Patient vorgestellt und diskutiert. Des Weiteren werden sowohl inhaltliche, zeitliche als auch räumliche Rahmenbedingungen ausgearbeitet, um zum Abschluss des theoretischen Teils letztendlich die Rollenbilder zu beschreiben, die in Zusammenhang mit ihrem gesellschaftlichen Ansehen großen Einfluss auf die Art des Gesprächs haben.

Durch diese Darstellungen wird der Forschungsgegenstand vorgestellt und theoretisch fundiert. Der Fokus der Arbeit wird auf sechs Studien aus drei Jahrzehnten liegen, die zunächst in einem allgemeinen Teil präsentiert werden. Danach sollen sie auf ihre Qualität hin überprüft werden um so eine Aussage treffen zu können, ob sie generalisierbar sind und somit einen Nutzen für die Zukunft darstellen können.

Neben solchen Studien und Untersuchungen, die zwischen den 1980er Jahren und der Gegenwart durchgeführt wurden, erschienen Ratgeber für Mediziner, die dabei helfen sollten, ihre Kommunikation mit den Patienten zu verbessern, da eine Patientenzentriertheit im Trend lag und eine Veränderung nahe legte. Solche Lehrmittel sollen hier auf ihre Nachhaltigkeit und ihren Nutzen hin begutachtet werden, um damit eine Antwort auf die eigentliche Frage dieser Arbeit zu finden: Haben die jahrelangen Untersuchungen und Analysen der Gespräche, die zwischen Arzt und Patient stattfanden, eine positive Auswirkung auf die Gegenwart bzw. wird eine Verbesserung der Kommunikation erreicht?

[Text eingeben]

Die Studien wurden weder hinsichtlich des Alters der Probanden und Probandinnen, noch dem Tätigkeitsbereich der Ärzte, d.h. ob sie in einer Privatpraxis oder im Krankenhaus tätig sind, noch ob es bei den Patienten um Privatkassenmitglieder oder um Allgemeinkassenmitglieder handelt, unterschieden, da es sich für die folgende Arbeit, die einen kritischen Forschungsüberblick darstellen soll, als nicht wichtig erweist. Die Auswahl erfolgte nach pragmatischen Aspekten, d.h. dass Studien herangezogen wurden, die an der Universität Wien zugänglich waren und aus dieser Anzahl jene ausgewählt wurden, die anschauliches Material, vor allem transkribierte Gespräche, beinhalten. Die jeweilige Form der einzelnen Forscher und Forscherinnen, die Gespräche zu transkribieren, wurde beibehalten und mit Erklärungen versehen.

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde zugunsten einer besseren Lesbarkeit durchgängig das generische Maskulinum verwendet, welches Männer und Frauen einschließt.

Abweichungen von der neuen deutschen Rechtschreibung wurden in zitierten Passagen nicht markiert.

Fachbegriffe wurden an der Stelle, an der sie das erste Mal im Text aufscheinen, kursiv dargestellt.

2 Theoretische Grundlagen

Die folgenden Darstellungen sollen den Forschungsgegenstand mit seinen vielfältigen Hintergründen skizzieren und somit ein Basisverständnis für die Studien gewährleisten.

2.1 Interaktion, Kommunikation und Gespräch

Da sich die vorliegende Arbeit hauptsächlich mit dem Thema des Arzt-Patienten-Gesprächs beschäftigt, die folgenden Begriffe aber dennoch meist synonym gebraucht werden, soll mithilfe der Definitionen auf die grundsätzlichen Unterschiede hingewiesen werden, um vorweg eine kurze Beschreibung der Besonderheiten des medizinischen Gesprächs zu geben.

- Die *Interaktion* beschreibt das partnerorientierte, intentionale Verhalten von Individuen, die sich wechselseitig in ihrem Verhalten beeinflussen. In einfacheren Worten bedeutet dies, dass der Mensch ein absichtliches Verhalten produziert, welches man als Handeln bezeichnen kann, um in weiterer Folge seine Handlung an einen anderen Menschen zu richten. Diese Interaktion kann symbolisch als Kommunikation stattfinden oder nicht symbolisch zum Beispiel als Blickkontakt.²
- Das Wort *Kommunikation* kommt ursprünglich aus dem Lateinischen und bezeichnet die Mitteilung. Innerhalb der Sprachwissenschaft bezeichnet man als Kommunikation eine „zwischenmenschliche Verständigung mittels sprachlicher und nicht-sprachlicher Mittel wie Gestik, Mimik, Stimme, u.a. (...)“³ Es handelt sich um ein intentionales Verhalten, welches auf einen Partner gerichtet ist und wiederum symbolischen Charakter hat. Kommunikation wird als eine Form des Handelns begriffen und umfasst sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation.⁴

² Vgl. Linke (2004), S. 197.

³ Bußmann (2002), S. 354.

⁴ Vgl. Linke (2004), S. 197-200.

[Text eingeben]

- Das *Gespräch* bezeichnet die verbale Kommunikation zwischen Menschen. Durch eine sprachliche Äußerung wird eine Mitteilung von einem Sender an einen Empfänger geleitet.



Die Rollen des Sprechers und der Empfänger sind in einem Gespräch nicht festgelegt, sondern es wird ein ständiger Rollenwechsel vollzogen.⁵

Die Sonderstellung des Arzt-Patienten-Gesprächs ergibt sich aus zumindest zwei Komponenten: Zum einen ist sie durch das Rollenverständnis geprägt, welches bedeutet, dass der Patient als laienhafte Person einen Arzt aufsucht, um Hilfe zu erhalten, die er ihm durch entsprechendes Fachwissen geben kann. Zum anderen ergibt sich aus den Rahmenbedingungen, die in einer Arztpraxis oder einem Krankenhaus bestehen. Des Weiteren verleihen Begriffe wie Machtverteilung, asymmetrische Kommunikation und Institution dem Arzt-Patienten-Gespräch eine spezielle Art, doch werden diese hier nicht näher ausgeführt.

2.2 Linguistische Grundlagen

Die linguistische Basis der Analyse kann zunächst die Theorie des sprachlichen Handelns mit Austins bzw. Searles Sprechakttheorie bieten, die allerdings nur aus Gründen der Vollständigkeit angeführt, aber nicht näher behandelt werden soll. Dieses Denkmodell aus den 60er Jahren liefert die heute in der Sprachwissenschaft selbstverständlichen Grundlagen, deren detaillierte Diskussion den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Im Bereich der Pragmatik bringen die Grundlagen der Gesprächsanalyse und Konzepte der Ethnomethodologie eine Möglichkeit mit sich, ausführlicher in die Materie und relevanten Ausgangspunkte einzudringen. Aber auch Aspekte der Soziolinguistik, wie Alter, Geschlecht, Herkunft und dergleichen, spielen bei der Textproduktion eine wichtige Rolle und sollen daher mitberücksichtigt werden. Für die Analyse von Gesprächen zwischen Arzt und Patient scheinen die soziolinguistischen, gesprächsanalytischen und fachsprachlichen Punkte besonders bedeutungsvoll zu sein und werden

⁵ Vgl. Linke (2004), S. 294-298.

[Text eingeben]

daher im Folgenden kurz skizziert und stellenweise mit Erläuterungen und Begründungen der Auswahl für die Thematik der Kommunikation zwischen Arzt und Patient versehen.

Die Pragmatik beschäftigt sich vor allem damit, dass der Mensch, um zu kommunizieren, nicht bloß einer logischen Abfolge einzelner Wörter folgt. Der Sprecher trifft eine gezielte Auswahl der Möglichkeiten, die Sprache bietet. Somit spielen sowohl die Absicht als auch die „Regeln des kommunikativen Umgangs“⁶ eine bedeutende Rolle im menschlichen Gespräch. Je nach gegenwärtiger Situation, je nach dem Gegenüber, je nach der eigenen Tagesverfassung wird die Konversation stark unterscheidbar zu der an einem anderen Tag mit einer anderen Person sein.⁷

1938 beschrieb Charles Morris die drei wichtigsten Bereiche der Linguistik:

1. Die Syntax beschäftigt sich mit den Relationen der Zeichen.
2. Die Semantik beschäftigt sich mit den Relationen der Zeichen und deren Bedeutung.
3. Die Pragmatik beschäftigt sich mit den Relationen der Zeichen und der Zeichenbenutzer und Zeichenbenutzerinnen.⁸

Diese Einteilung ist nicht unumstritten, da vor allem die Grenzziehungen in den meisten kommunikativen Fällen kaum schwer zu bewerkstelligen sind.

Die linguistische Pragmatik ist die Wissenschaft von den Kommunikationsprinzipien, an die Menschen sich halten, wenn sie miteinander interagieren und kommunizieren. Diesen Prinzipien folgen Sprecher oder Schreiber, um Sinn zu vermitteln, und Hörer oder Leser, um den im Zusammenhang verstehbaren Sinn aus der Menge der möglichen Deutungen zu erschließen. Analysiert, rekonstruiert und beschrieben werden die sprachlichen Ausdrucksformen, Handlungsmuster, Formulierungs- Deutungsstrategien, die ein kooperatives Deuten und Aushandeln des Gemeinten und Verstandenen ermöglichen.⁹

⁶ Linke (2004), S. 195.

⁷ Vgl. Linke (2004), S. 195.

⁸ Vgl. Ehrhardt (2011), S. 10.

⁹ Ehrhardt (2011), S. 14.

[Text eingeben]

2.2.1 Gesprächsanalyse

Da sich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient in den meisten Fällen fast ausschließlich auf verbaler Ebene abspielt, begeben wir uns nun in den Bereich der Gesprächsanalyse, die sich ausführlich mit diesem Thema befasst.

Im Vordergrund steht die Aufdeckung der meist unbewussten Regeln und Automatismen, die es (mehreren) GesprächspartnerInnen ermöglichen, ihre Gesprächsbeiträge abwechslungsweise in den Gesprächsverlauf einzubringen und sich hinsichtlich Zeitpunkt, Länge und thematischer Ausrichtung ihrer Beiträge so zu koordinieren, dass sie den Überblick über die Gesprächsereignisse behalten und jeweils wissen, ‚wo man gerade ist‘.¹⁰

Um der Gesprächsanalyse die Möglichkeit zuzugestehen, Einblick in die reale Kommunikation geben zu können, sollen zunächst einige allgemein anerkannte Eigenschaften eines Gesprächs genannt werden:¹¹

- Mindestens zwei Personen sind am Geschehen beteiligt.
- Jede Person kann die Sprecherrolle und Hörerrolle in einem Gespräch abwechselnd einnehmen.
- Es handelt sich um gesprochene Sprache, d.h. um verbale Kommunikation.
- Die einzelnen Beiträge der Sprecher sind kohärent und folgen meist einer Thematik.
- Die Gesprächspartner müssen aufeinander eingehen, um eine Störung des Gesprächs zu vermeiden. Sie müssen auf das Gesagte Bezug nehmen können.
- Sowohl der Beginn als auch das Ende treten in ritualisierten Formen auf und sind in einem Gespräch genau markiert.
- Aktives Sprechen ist genauso wichtig wie aktives Zuhören.

¹⁰ Linke (2004), S: 295.

¹¹ Vgl. Ehrhardt (2011), S. 95.

[Text eingeben]

Sowohl Ehrhardt¹² als auch Linke¹³ sind der Ansicht, dass aufgrund dieser Eigenschaften ein eigenständiger Untersuchungsgegenstand mit eigenen Methoden und Kriterien innerhalb der Linguistik erforderlich ist. Henne/Rehbock gehen sogar soweit zu sagen,

die Kategorie Gespräch muß [somit] als grundlegend für jede Form menschlicher Gesellschaft angesehen werden¹⁴

was uns unweigerlich zu dem Schluss führt, dass es eine eigene Disziplin für die Untersuchung des Gesprächs geben muss, um die menschliche Gesellschaft in ihrer kommunikativen Form zu begreifen.

Henne/Rehbock bezeichnen den Sprechakt, wie ihn Searle beschrieben hat, als eine Analysekategorie und nicht als die Grundeinheit sprachlicher Kommunikation. Stattdessen heben sie hervor:

Die Grundeinheit sprachlicher Kommunikation ist Anrede und Erwidern oder einfacher ausgedrückt: Die Grundeinheit sprachlicher Kommunikation ist das Gespräch.¹⁵

Die folgenden Erläuterungen folgen der Gliederung aus dem Studienbuch Linguistik von Linke, da diese besonders verständlich ist, und beschreiben zuerst die organisatorischen und danach die inhaltlichen Kategorien der Gesprächsanalyse, die für die Analysen der Studien zum Thema Kommunikation zwischen Arzt und Patient relevant sein werden.

Bei den organisatorischen Kategorien geht es vorrangig um die Gesprächsbeiträge der einzelnen Teilnehmer, zu welchem Zeitpunkt die sprechende Person die Rede übernimmt, wie lange der Beitrag dauert, wie viele Male die sprechende Person zu Wort kommt usw. Der wichtigste Begriff in diesen Kategorien ist der *turn* oder das *turn-taking*.

Grundeinheit des Gesprächs ist der *turn*, der Gesprächsbeitrag, grundlegende Organisationsgröße das sogenannte *turn-taking*, der Sprecherwechsel.¹⁶

¹² Vgl. Ehrhardt (2011), S. 96.

¹³ Vgl. Linke (2004), S. 297.

¹⁴ Henne/Rehbock (2001), S. 1.

¹⁵ Henne/Rehbock (2001), S. 11-12.

¹⁶ Linke (2004), S. 300.

[Text eingeben]

Wird die gesprochene Sprache transkribiert, ergibt sich, dass ein solcher Beitrag aber nicht automatisch mit dem Punkt eines Satzes endet. Vielmehr kann er sich über mehrere Sätze bzw. Zeilen erstrecken. Die interessante Anforderung an die teilnehmenden Gesprächspartner besteht nun darin, dass die jeweiligen *turns*, also die Beiträge koordiniert sein müssen, sodass sie die Kommunikation fördern. Dem Gegenüber werden klare verbale oder nonverbale Zeichen gegeben um anzuzeigen, dass der Beitrag beendet ist oder eben noch nicht, sodass man dem Partner nicht ins Wort fällt.

Da es sich bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient vorrangig um eine *face-to-face-Situation*, an der nur zwei Personen teilhaben¹⁷, handelt, lassen sich demnach zwei Arten von Rollenübernahmen unterscheiden:

- *Fremdwahl*¹⁸ bezeichnet jene Art, bei der dem bisherigen Hörer durch die sprechende Person das Wort erteilt wird. Dies kann durch verbale Zeichen, wie etwa die direkte Anrede mit dem Namen oder Personalpronomen oder aber durch nonverbale Zeichen geschehen. Diese nonverbalen Zeichen können auf verschiedene Arten realisiert werden:

durch die Stimme und die Betonung:

Dehnung eines Vokals oder eines Schwa, Glottisschlag, pitch, abnehmende Lautstärke, stereotype tags (Interjektionen, Partikel, *nicht wahr, nicht, ja*)¹⁹

durch die Körpersprache und Gesichtsveränderungen:

Abbruch des Blickkontakts, Blick, hinweisende Gesten.²⁰

Die Identifikation nonverbaler Zeichen und somit auch die Bedeutung im Gespräch kann oftmals schwierig sein. Sehr viel des Datenmaterials geht durch Subjektivität seitens der beobachtenden Person und durch zeitliche, räumlich und eventuell kulturelle Distanz bei der Transkription verloren.

¹⁷ Bußmann (2002), S. 211. (Face-to-face-Situation: "Kommunikatives Verhalten in Redesituationen mit unmittelbarem Kontakt zwischen Sprecher und Hörer.")

¹⁸ Vgl. Linke (2004), S. 301-302.

¹⁹ Ehrhardt (2011), S. 103.

²⁰ Ehrhardt (2011), S. 103.

[Text eingeben]

- *Selbstwahl*²¹: Diese Form bezeichnet jene Art, bei dem der bisherige Hörer selbst das Wort ergreift, bevor ihm die Sprecherrolle von jemandem anderen zugeteilt wird. Bereits an diesen Erläuterungen wird ersichtlich, dass die Selbstwahl die schwierigere Form darstellt. Sie erfordert hohe Konzentration seitens der Gesprächsteilnehmer. Angenommen A spricht gerade und B würde gerne einsetzen; so muss B sicher sein, dass A bereits fertig ist und nicht bloß eine kurze Pause macht, oder B muss sicher sein, dass C kein Recht auf den *turn* hat.

Um die Kommunikation durch die Selbstwahl nicht zu behindern, halten sich Gesprächspartner an implizite Regeln:

Wenn eine Person spricht, sind die anderen ruhig.

Derjenige oder diejenige, der oder die das Wort nach einem Beitrag ergreift, hat das Recht auf seinen Beitrag. Dieses „Recht“ kann sich sowohl aus inhaltlichen Kriterien, aber auch aus eventuell vorhandenen hierarchischen Strukturen ergeben.

Zu ergänzen wäre hier die dritte Art, nämlich jene der Sprecherrollenzuweisung mittels eines Gesprächsleiters während einer Situation mit mehreren Gesprächsteilnehmern.

Diese Strategie ist üblich in institutionalisierten Gesprächen (wissenschaftliche Kolloquien, Verhandlungen etc.).²²

Neben der Wahl, wer den Sprecherwechsel initiiert, gibt es auch noch verschiedene Formen, die Art und Weise des Sprecherwechsels zu beschreiben. Henne/Rehbock differenzieren drei Typen des Sprechertransfers bezüglich des Zeitpunkts der Übernahme.²³

²¹ Vgl. Linke (2004), S. 301-302.

²² Henne/Rehbock (2001), S. 18.

²³ Henne/Rehbock (2001), S. 184-191.

[Text eingeben]

- Der Transfer erfolgt nach oder durch eine Zäsur und ist als eine Angriffsform gedeutet, die vom unterbrochenen Sprecher als unpassend empfunden wird, da er seinen Beitrag bei geglückter Unterbrechung nicht beenden kann.²⁴
- Der Transfer findet ungehindert statt und gilt als „glatter Wechsel“.²⁵ Der Sprecher kann seinen Beitrag mühelos beenden und die nächste sprechende Person setzt unmittelbar nach oder nach einer kurzen Pause seine Rede an.²⁶
- Der Transfer findet nach einer längeren Pause statt und kann unter Umständen zu einem irritierenden Gefühl bei den anderen Gesprächsteilnehmern führen. Man kann diese Pausen, je nach kulturellem Hintergrund, als Mangel an Aufmerksamkeit oder Interesse deuten. In einer Arzt-Patienten-Interaktion wären solche Pausen ebenso wie in anderen kommunikativen Situationen hinsichtlich der Umstände zu interpretieren.²⁷

Es gibt also eine Sprecher- und eine Hörerrolle sowie es beim Arzt-Patienten-Gespräch eine Arzt- und eine Patientenrolle gibt. Natürlich beziehen sich die ersten beiden Rollen auf sprachliche und die zweiten auf eher soziale Kategorien, wobei sich in den Analysen eine überwiegende Einnahme der Sprecherrolle durch den Arzt zeigen wird.

Sprecher und Hörer orientieren sich an expliziten Gesprächsakt, insbesondere aber auch am impliziten Gesprächsverhalten der Partner.²⁸

Bestimmte Signale der sprechenden Person können dem Gegenüber andeuten, dass der Gesprächsbeitrag noch nicht beendet ist oder gerade beendet wird. *Äh, hmm, oder öh* lassen sich als Pausenfüller klassifizieren, in denen der Sprecher nachdenkt. Dagegen deuten langsames Sprechen, abnehmende Lautstärke oder deutliche sprachliche Signale wie *oder? nicht wahr? wie denkst du darüber?* dem Hörer an, dass er gleich an der Reihe ist.

²⁴ Vgl. Linke (2004), S. 302-303.

²⁵ Henne/Rehbock (2001), S. 184-191.

²⁶ Vgl. Linke (2004), S. 302-303.

²⁷ Vgl. Linke (2004), S. 302-303.

²⁸ Henne/Rehbock (2001), S. 192.

[Text eingeben]

Ebenso wichtig sind die Hörsignale, die, wie auch Henne/Rehbock deutlich hervorheben, kommunikatives Verhalten fördern oder hindern können. Er sollte der Sprechenden Person Zeichen geben, dass man dem Gesagten nach wie vor folgen kann oder eben nicht. Fehlt solch ein „Rückmeldeverhalten“,²⁹ kann dies zu Irritationen führen und zu einer Störung der Kommunikation. Im Groben lassen sich zwei unterschiedliche Arten von Hörsignalen differenzieren:

- Teilnehmende Signale, mit denen gezeigt wird, dass man noch bei der Sache ist.
- Anmerkende Signale, mit denen die eigene Meinung wiedergegeben wird.³⁰

Zu ergänzen wäre ein dritter Typ, der speziell in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient auftreten kann, nämlich das abblockende Signal.

In der mündlichen Kommunikation kann es auch zu Problemen kommen, welche die Partner beheben können. Zum einen kann der Sprecher, sollte er unterbrochen worden sein und das Gefühl haben, mit seinem Beitrag noch nicht fertig zu sein, explizit verbal darauf hinweisen, dass er noch nicht am Ende war. Er kann aber auch seine Darbringung, sollte eine Pause entstehen, die zu lange ist, um sie als Denkpause zu verstehen, prolongieren, indem er diese wiederholt oder durch eine ähnliche Themenwahl wieder aufnimmt. Des Weiteren bleibt ihm die Option, sich selbst zu unterbrechen, um, nachdem er unterbrochen hat, dem Gegenüber die Möglichkeit zu geben, seine Ausführungen zu beenden.³¹

Den Partikeln kommen im Gespräch eine besondere Bedeutung zu, da sie, entgegen der für lange Zeit vorherrschenden Meinung, dass es sich bei dieser Wortart um bloße Füllwörter handle, eine Funktion erfüllen:

- „Redeleitende Partikeln“:³² In diesem Fall können Partikeln als Überbrücker einer Zäsur dienen, als Anfang einer neuen Rede, oder als Sprecher- und Hörsignal. Beispiele hierfür wären die bereits genannten, *ja, äh, halt, hmm* usw.

²⁹ Linke (2004), S. 304.

³⁰ Vgl. Linke (2004), S. 304-306.

³¹ Vgl. Linke (2004), S. 302-306.

³² Linke (2004), S. 307.

[Text eingeben]

- „Modal- bzw. Abtönungspartikeln“:³³ In diesem Fall haben Partikeln die Funktion zu kommentieren und zu modifizieren. Linkes Beispiel verdeutlicht die Funktion deutlich:

Wenn ich die Mitteilung: *Eduard kommt nicht* um die Partikel *eh* ergänze zu: *Eduard kommt eh nicht*, erhält die Aussage eine wesentliche zusätzliche Färbung.³⁴

Eine wichtige Funktion nehmen nonverbale Zeichen in der mündlichen Kommunikation ein. Diese können aber im Transkriptionsverfahren verloren gehen und stellen somit immer Interpretationen anderer Bearbeiter und Bearbeiterinnen, welche sie in ihrer subjektiven Sichtweise verstehen, dar.

Gestik, Körperhaltung, Raumverhalten und Mimik können dem Gegenüber präzise Signale senden. Die Gestik und die Körperhaltung zum Beispiel lassen Spielraum für Interpretationen: Verschränkt der Hörer die Arme, kann dies ein Zeugnis für Zufriedenheit aber auch Ablehnung sein. Hat er den Kopf gehoben kann dies ein Zeichen für Aufmerksamkeit oder auch Trotz sein. Sind die Beine übereinander geschlagen, kann es bedeuten, dass der Hörer sicher und entspannt ist oder auch desinteressiert.

Bezüglich der Mimik hat sich vor allem durch psychologische Untersuchungen gezeigt, dass es weitgehend zu denselben Deutungen verschiedener Gesichtsausdrücke innerhalb mehrerer Kulturkreise gibt – annähernd alle Menschen beurteilen Gesichtsausdrücke ähnlich: Nach oben gezogene Mundwinkel und etwas kleiner werdende Augen deuten auf ein freundliches, oft sogar lachendes Gegenüber hin, während zusammengezogene Augen, oft einhergehend mit kleinen Fältchen zwischen ihnen, in Kombination mit zusammengebissenen Zähnen auf Ärger oder Zorn hinweisen.³⁵

Der Blickkontakt ist in der mündlichen Kommunikation wohl die wichtigste nonverbale Verhaltensform:

Durch entsprechendes Blickverhalten kann man – zumindest in unserer europäischen ‚Blickkultur‘ – Sympathie und Antipathie zeigen, Zuneigung, Misstrauen oder spontanes (Ein-) Verständnis ausdrücken (...), Aufmerksamkeit signalisieren (als ‚back-channel-Signal‘), klären, wen man jetzt gerade speziell anspricht etc.³⁶

³³ Linke (2004), S. 308.

³⁴ Linke (2004), S. 308.

³⁵ Vgl. Gerrig/Zimbardo (2008), S. 456-458.

³⁶ Linke (2004), S. 310.

[Text eingeben]

Gesprächsbeiträge sind keineswegs willkürlich angeordnete Äußerungen von Sprechern, sondern sie stehen in einem gewissen Verhältnis, „in einer funktional-kommunikativen Art“, zueinander. Ein Sprecher äußert einen Satz und veranlasst dadurch sein Gegenüber zu einer Reaktion. Dies bezeichnet Schwitalla als einen initiierten Akt.³⁷ Das Gegenüber hat keine Wahl es muss antworten und dieser Beitrag stellt den respondierenden Akt dar. Indem er auf die Initiierung reagiert, kommt es meist durch diesen respondierenden Akt zu einer weiteren Initiierung. Je nach Rollenverteilung innerhalb des Gesprächs steht dem einen Teilnehmer eher der initiierte Akt zu und dem anderen eher der respondierende Akt.

So etwa beim Gespräch mit dem Arzt, wenn es um die Aufnahme einer Krankengeschichte oder um die Lokalisierung von Schmerzen geht (...)³⁸

Eine eindeutige Zuordnung des Aktes in eine der beiden Kategorien ist in der Analyse allerdings oft schwer möglich.

Wichtig sind diese beiden Akte allerdings, da es gewisse Regeln gibt, denen man in der gesprochenen Sprache folgen muss. So erwartet man auf eine Frage eine Antwort, auf einen Gruß einen Gegengruß oder auf eine Bitte eine Reaktion. Folgt man diesen Regeln nicht, oder weicht die Reaktion stark von der konventionellen ab, gleicht dies einem Verstoß.

Trifft der Fall ein, dass der Hörer auf den Gesprächsbeitrag reagiert, heißt das aber noch nicht, dass er auch auf inhaltlicher Ebene kooperiert. Schwitalla spricht hier von drei Graden der Responsivität:³⁹

- Responsivität: Sowohl die Intention als auch der Inhalt werden berücksichtigt.

- Teilresponsivität: Es wird nur ein Teil des Inhalts berücksichtigt.

- Nonresponsivität: Weder Intention noch Inhalt werden berücksichtigt.

³⁷ Schwitalla (1997), S. 126.

³⁸ Linke (2004), S. 315-316.

³⁹ Vgl. Henne/Rehbock (2001), S. 206.

[Text eingeben]

Bisher war bloß von der Mikrostruktur des Gesprächs die Rede. Im Folgenden geht es nun um die Makrostruktur, die sich sowohl in der Text- als auch in der Gesprächslinguistik durch drei Punkte charakterisieren lässt: Anfangsphase, Gesprächsmitte und Beendigungsphase.

In der Anfangsphase des Gesprächs wird zunächst ein Kontakt hergestellt, indem man den Partner mit dem Blick fixiert, um sich danach zu begrüßen. Diese Phase umfasst alle verbalen Tätigkeiten, die vor dem eigentlichen Gespräch stattfinden. Man kann zum Beispiel klären, ob man sich setzen will, ob man etwas zu trinken holen möchte usw. Ein zeitliches Limit für die Eröffnungsphase gibt es nicht und so kann sie, je nachdem wie nah man der Person steht, stark variieren. Da dieser Teil aber als Abtasten des Gegenübers zu sehen ist, kann man in diesem Schritt bereits den weiteren Gesprächsverlauf stark beeinflussen.⁴⁰

In der Gesprächsmitte entfaltet sich das eigentliche Thema und ist im Fall der Analyse der Kommunikation zwischen Arzt und Patient klar von der Anfangs- und Beendigungsphase abtrennbar, da sie eine starke thematische Orientierung aufweist. Dieser Übergang kann zum einen fließend verlaufen, sodass er rein sprachlich gesehen nicht ausmachbar ist, zum anderen aber auch durch gewisse Partikel markiert sein, oder auch metakognitiv sein, indem der Arzt zum Beispiel sagt: „Na dann kommen wir mal zum Thema, weshalb Sie heute bei mir sind!“ Grundsätzlich kann man zwei Themenentwicklungen ausmachen. Entweder gibt es ein Hauptthema, welches in kleinere Subthemen aufgegliedert werden kann, wie zum Beispiel beim Arztbesuch. Es kann aber auch mehrere gleichrangige Themen geben, die abgehandelt werden, wie etwa bei einer Familienfeier. Ein weiterer wichtiger Faktor in der Gesprächsmitte ist der Themenverlauf. Die Gesprächspartner haben die Möglichkeit, das Thema zu bestimmen, wobei ein freier Themenverlauf mehr Aufwand bedeutet als ein fixes Thema. Soziale Rollen bestimmen weitgehend, wer dafür verantwortlich ist, neue Themen zu initiieren und wer nicht. Befindet man sich in einem Gespräch mit einem fixen Thema, werden Abweichungen meist durch Rückführungen „korrigiert“, indem man dezent wieder auf das eigentliche Thema zu sprechen kommt, oder auch durch direktes Ansprechen der Abweichung. Allerdings gilt für jeden, dass ein Beitrag immer passend sein muss, um kei-

⁴⁰ Vgl. Linke (2004), S. 318-319.

[Text eingeben]

ne Irritationen beim Hörer hervorzurufen – es sollte also einen roten Faden geben, der sich durch das Gespräch zieht.⁴¹

Die Beendigungsphase dient dazu, den teilnehmenden Personen zu signalisieren, dass sich das Gespräch dem Ende neigt und dass kein weiterer Beitrag erwünscht ist bzw. dass kein weiterer Sprecherwechsel erfolgen wird. In diesem Teil werden Zusammenfassungen, die sich aus dem Hauptteil ergeben, verbalisiert und weitere Vorgehensweisen besprochen, eventuell werden auch weitere Treffen vereinbart. Neben den verbalen Möglichkeiten, ein Gespräch Richtung Ende zu steuern, gibt es auch nonverbale Indizien, die dem Gegenüber den Abschluss signalisieren. Typische Zeichen wären etwa, die Jacke anziehen, seine Unterlagen zusammenpacken oder auch die Geldtasche auf den Tisch legen.⁴²

(...) in der Schlussphase schließlich entbinden sich die Teilnehmer gegenseitig von den im Gespräch übernommenen Pflichten und sanktionieren den Übergang in eine andere Situation.⁴³

Die Praxis zeigt, dass sich diese Makrostruktur nicht nur in der linguistischen Analyse als sehr dienlich erweist, sondern auch im tatsächlichen Gespräch: Die Teilnehmer orientieren sich mithilfe dieser impliziten Strukturierung innerhalb eines Gesprächs.⁴⁴

Ein neuer Ansatzpunkt für die Gesprächsforschung und somit auch der Gesprächsanalyse ist die Frage nach ihrer Anwendbarkeit. Innerhalb der Forschung ist ein klarer Fokus auf Untersuchungen des Gesprächs im Zusammenhang mit Institutionen zu erkennen – ein theoretischer Ansatz, der auch innerhalb der Gesprächsanalysen der Arzt-Patienten-Kommunikation gerne verwendet wird. Neu ist hier allerdings der Versuch, die Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis zu benutzen, um die Kommunikation zu verbessern.

Ziel dieser Forschungsrichtung ist nicht die Analyse an sich, sondern die Entwicklung bzw. Optimierung von Gesprächsfähigkeiten.⁴⁵

⁴¹ Vgl. Linke (2004), S. 320-322.

⁴² Vgl. Linke (2004), S. 322-323.

⁴³ Ehrhardt (2011), S. 105.

⁴⁴ Vgl. Linke (2004), S. 323.

⁴⁵ Linke (2004), S. 332.

[Text eingeben]

2.2.2 Fachsprache

Mithilfe bereits analysierter Gespräche sollen auf linguistischer Basis Ratgeber und Trainings entwickelt werden, sodass eine Verbesserung stattfinden kann. Man sucht nach verschiedenen kommunikativen Möglichkeiten, die es zum Beispiel dem Arzt ermöglichen, ihre verbalen Tätigkeiten zu reflektieren und zu verbessern.

Da die Medizin eine Vielzahl an sprachlichen Besonderheiten aufweist und sie auch institutionell gebunden zu sein scheint, soll im Folgenden auf die Fachsprache, im Speziellen auf die medizinische Fachsprache, und die Sprache an Instituten eingegangen werden.

Die Medizin ist eine anerkannte Wissenschaft und bedient sich darum einer elitären Sprache, die als medizinische Fachsprache bekannt ist und als spezieller Typ der interdisziplinären Wissenschaftssprachen angesehen wird.⁴⁶

Durch äußere Bedingungen, wie dem Einsatz spezieller Instrumentarien oder dem speziellen Arbeitsgegenstand, wird der Gebrauch einer eigenen funktionalen Sprache nötig.⁴⁷ Man unterscheidet fünf Varianten der Fachsprache:

- Die Theoriesprache: In der Medizin wird diese im Fall von fachspezifischen Publikationen genutzt.
- Die fachliche Umgangssprache: Diese Form wird vom medizinischen Personal benutzt.
- Die Lehrbuchsprache: Diese Darstellungs- und Erklärungssprache findet sich in der medizinischen Literatur.
- Die Unterrichtssprache: Diese Variante der medizinischen Fachsprache findet sich, in der Vermittlung von Sachverhalten an medizinischen Universitäten.
- Die Außen- oder Verteilersprache: Diese Form wird im allgemeinen Gespräch und in den Medien verwendet.

⁴⁶ Vgl. Hoffmann (2007), S. 22.

⁴⁷ Vgl. Löffler (2010), S. 103-106.

[Text eingeben]

Es kommt bei der medizinischen Kommunikation also maßgeblich darauf an, welche Rahmenbedingungen vorherrschen:

Die Kommunikationspartner begegnen sich entweder als Fachleute (Wissenschaftler) oder als Fachleute und Studierende oder als Fachleute und Laien.⁴⁸

Die medizinische Fachsprache, wird sie von Fachleuten untereinander verwendet, bedient sich, geschichtlich bedingt, vorrangig lateinischer und griechischer Termini, da diese sich auch gegenwärtig auf internationaler Ebene anwenden lassen. Es gibt in etwa 340-mal so viele Begriffe aus diesen Sprachen in der Medizin wie im alltäglich angewandten Wortschatz, die allerdings nicht alle während des Studiums erlernt, sondern vielmehr im Laufe der Jahre als praktizierender Mediziner erworben werden.⁴⁹ Dieser Zahlenvergleich und die Tatsache, dass die meisten medizinischen Ausdrücke entweder lateinisch oder griechisch sind und die Patienten selten diese Sprache sprechen, legt die Interpretation nahe, dass kommunikative Konflikte und Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten eine logische Folge sind.

An einer jeden Institution gibt es eigene Kommunikationsstrukturen und gewisse Bedingungen, an die diese Kommunikation geknüpft sind.

Drew und Heritage schlagen drei wesentliche Kriterien vor, um die institutionelle Kommunikation von der alltäglichen Kommunikation abzugrenzen:⁵⁰

- Kernzweck: Zumindest einer der Gesprächspartner orientiert die Kommunikation an dem institutionellen Zweck.
- Spezielle Bedingungen: Typische kommunikative Bedingungen, wie zum Beispiel das Vorrecht auf die Sprecherrolle oder die Themeninitiierung, sind des Öfteren Bestandteile der institutionellen Kommunikation.

⁴⁸ Hoffmann (2007), S. 23.

⁴⁹ Vgl. Fluck (1996), S. 91.

⁵⁰ Vgl. Drew/Heritage (1992), S. 22.

[Text eingeben]

- Folgerndes Bezugssystem: Der Gesprächspartner aus der Institution interpretiert Aussagen nach seinen Theoriekenntnissen

(...) comparatively ‚innocuous‘ conversational remarks may be interpreted as threatening in an institutional context.⁵¹

Im Arzt-Patient-Gespräch tritt der Arzt als Fachmann dem Patient als Nichtfachmann entgegen und setzt weniger Fachwörter und Fachjargon ein. Veith nimmt in diesem Zusammenhang gewisse Bedingungen für die Kommunikation an. Er meint, dass beide die Intention haben, Informationen auszutauschen, da der Patient Informationen über Beschwerden und subjektiven Empfindungen gibt und der Arzt eine Behandlung anstrebt. Im Krankenhaus ist die Interaktion durch eine soziale Beziehung erschwert, in der der Arzt als Fachmann und der Patient als Nicht-Fachmann auftritt. Eine weitere Bedingung, die Veith während der Visite in einem Krankenhaus annimmt, ist die psychische, bei der er meint, dass weder Arzt noch Patient immer ehrlich miteinander sind, d.h. sie können gezielt Informationen verschweigen bzw. wollen das auch des Öfteren. Ein Ungleichgewicht ergibt sich auch aus den körperlichen Bedingungen, da man davon ausgehen kann, dass sich der Arzt bester Gesundheit erfreut und der Patient wegen eines gesundheitlichen Problems das Krankenhaus aufsucht. Bezüglich der sprachlichen Bedingung meint er, dass sich das medizinische Personal meist auf die Welt des Patienten einlässt und somit die Fachsprache vermeidet, während der Patient relativen Freiraum in der Sprachwahl hat.⁵²

All diese Bedingungen sind nicht bloß auf die Kommunikation im Krankenhaus beschränkt, sondern lassen sich auch auf die Kommunikation in niedergelassenen Praxen anwenden.

⁵¹ Drew/Heritage, (1992), S. 24.

⁵² Vgl. Veith (2005), S. 91.

[Text eingeben]

2.2.3 Soziolinguistik

In der Disziplin der Soziolinguistik

(...) wird Sprache konsequent als soziales Phänomen aufgefasst und das wechselseitige Bedingungsgefüge von Sprach- und Sozialstruktur bzw. die soziale Bedeutung des Sprachsystems und des Sprachgebrauchs untersucht.⁵³

Die heutige Soziolinguistik beschäftigt sich vorrangig mit der Frage, welche gesellschaftlichen Variablen Einfluss auf das Sprachverhalten der Teilnehmer haben, wohingegen die älteren Theorien meist von Defiziten und Unterschieden bestimmter sozialer Schichten und ihrem Sprachgebrauch ausgingen. Daher soll zunächst der Begriff der Varietät erläutert werden, um danach auf die unterschiedlichen Faktoren näher Bezug nehmen zu können.

Die deutsche Sprache weist unterschiedliche Sprachformen auf, die durch den Zusammenhang von unterschiedlichen Sprachteilnehmern, d.h. außersprachlichen Einflüssen und sprachlichen Charakteristika erklärt werden.⁵⁴ Differenzen können sich auf der Ebene der Syntax, Morphologie, Phonetik, des Satzbaus usw. ergeben.

Die (sozio-)linguistische Relevanz des Begriffs der Varietät schliesslich ergibt sich weniger durch das erfasste Set sprachlicher Charakteristika, sondern vielmehr durch die Anbindung dieser Sets an eine durch aussersprachliche Faktoren definierbare Gruppe von Sprecherinnen und Sprechern, (...).⁵⁵

Im Folgenden werden die unterschiedlichen außersprachlichen Einflussgrößen beschrieben und durch einige Überlegungen bezüglich der Relevanz für die Kommunikationsteilnehmer im Arzt-Patient-Gespräch ergänzt.

Es werden drei Standpunkte unterschieden, die Vorgaben für Forschungsinteressen bedingen.⁵⁶

⁵³ Bußmann (2002), S. 608.

⁵⁴ Vgl. Kessel/Reimann (2005), S. 137.

⁵⁵ Linke (2004), S. 345.

⁵⁶ Vgl. Linke (2004), S. 353.

[Text eingeben]

- Soziale Differenzen und Diskriminierungen werden durch die Sprache reflektiert, d.h. dass der Forscher oder die Forscherin versucht, sprachliche Merkmale aufzudecken und diese in Beziehung zu den außersprachlichen Merkmalen zu setzen.
- Soziale Unterschiede werden erst durch die Sprache erzeugt, d.h. dass die Sprache als Instrument benutzt wird, um Macht auszuüben.
- Die sozialen Verschiedenheiten werden durch sprachliche Merkmale erzeugt und gezeigt, d.h. dass die Forschung die Unterschiede aufzeigt und Hilfe leisten will.

Relevante Variablen für das Sprachverhalten sind vor allem die Schichtzugehörigkeit, das Alter, das Geschlecht, die Situation, die Gruppe und die Rolle. Diese Themengebiete stellen ein eigenes Forschungsgebiet dar, dessen Ergebnisse in der Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen unserer Meinung nach bisher zu wenig berücksichtigt wurden.

2.3 Entwürfe der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Im Allgemeinen werden drei verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung und somit in weiterer Folge auch der Kommunikation unterschieden: das paternalistische, informative und Shared-Decision-Making Modell. Im Folgenden werden die drei kurz skizziert

2.3.1 Paternalistisches Modell

Beauchamp und Childress definieren den Begriff Paternalismus wie folgt:

Cases of paternalism involve overriding a person's wishes or actions in order to benefit or to prevent harm to that person.⁵⁷

In anderen Worten ist Paternalismus die absichtliche Nichtberücksichtigung der Wünsche oder geplanten Handlungen einer Person X durch eine andere Person Y, wobei Y

⁵⁷ Beauchamp/Childress (1983), S.170.

[Text eingeben]

die Handlung mit dem Ziel begründet, durch sie entweder das Wohl von X zu fördern oder X vor Schaden zu bewahren bzw. diesen zu vermindern.

Demnach ist dieses Modell jenes, in dem der Arzt die Leitung übernimmt. Er stellt eine Diagnose über den Zustand des Patienten und entscheidet, welche Schritte in weiterer Folge gesetzt werden müssen.

Seine Legitimation erhält der Entwurf durch den Hippokratischen Eid, in dem es heißt

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte.⁵⁸

Laut dem Kursbuch für ärztliche Kommunikation folgt daraus, dass der Arzt die Themen festlegt, über die gesprochen wird. Meist kommunizieren Ärzte nach einem standardisierten Muster, um körperliche Diagnosen zu stellen. Er bringt seine Kenntnisse in das Gespräch ein und stellt Patienten vor vollendete Tatsachen.⁵⁹

Ein Fallbeispiel zeigt die geringe Autonomie des Patienten innerhalb dieses Modells:

A: „Nach den Befunden handelt es sich um eine höhergradige Aortenstenose, die unbedingt innerhalb der nächsten Wochen operiert werden muss. Ich habe schon einen Aufnahmetermin in der chirurgischen Klinik für Montag, den 13.02., für Sie vereinbart. Ich bitte Sie, in der Zwischenzeit jegliche körperliche Anstrengung bis auf leichtes Spazierengehen zu unterlassen.“[...]⁶⁰

In der behandelten Literatur wird der Paternalismus des Weiteren in einen schwachen und einen starken Paternalismus untergliedert. Bei Ersterem befindet sich der Patient in einem Stadium, in dem er seine Selbstbestimmung nur eingeschränkt oder gar nicht ausüben kann. Die gesundheitliche Lage ermöglicht es dem Leidenden nicht, eigene Entscheidungen zu treffen und dadurch entscheidet der behandelnde Arzt über die zu setzenden Aktionen. Der Unterschied vom schwachen zum starken Paternalismus besteht nun darin, dass der Patient beim starken in der Lage wäre, physisch und psychisch seine Entscheidungen selbst zu treffen, der Arzt aber allein über die Behandlungsschritte bestimmt.

⁵⁸ Der Hippokratische Eid.

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/0309_pzent_Hippokratischer_Eid.pdf (27.11.2011).

⁵⁹ Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 27.

⁶⁰ Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 27.

[Text eingeben]

Die kommunikativen Konsequenzen des paternalistischen Modells werden durch Menz, Lalouschek und Gstettner durch zwei Sätze auf den Punkt gebracht,

dass die Ärzte Informationen mitteilen, Therapien verordnen und das diesbezügliche Verhalten des Patienten kontrollieren. Dementsprechend rezipieren Patienten die Information, fügen sich den Anforderungen und dulden die Kontrolle durch den Arzt.⁶¹

2.3.2 Informatives Modell

Das informative Modell ist auch bekannt unter dem Namen „Konsumentenmodell“ oder „Dienstleistungsmodell“. Die Aufgabe des Arztes besteht vorrangig darin, dem Patienten oder wichtige Informationen zu geben. Beauchamp und Childress verwenden für ihre Überlegungen die Beschreibungen des Nürnberger Codes:

The voluntary consent of the human subject is absolutely essential. This means that the person involved should have the legal capacity to give consent; should be so situated as to be able to exercise free power of choice, without the intervention of any element of force, deceit, duress, overreaching, or other ulterior form of constraint or coercion: and should have sufficient knowledge and comprehension of the subject matter involved as to enable him to make an understanding and enlightened decision.⁶²

In diesem Modell gibt es zunächst einige Elemente, die von großer Bedeutung sind:

- Basis:

Hier wird die Frage aufgegriffen, ob sich der Patient in der Lage befindet, die Informationen, die ihm gegeben werden, auch zu verstehen und ob er entscheiden kann. Des Weiteren ist hier von Bedeutung, ob der Patient seine Auswahl freiwillig trifft, also ohne externe Einflüsse.

- Information:

Im Vordergrund stehen zunächst die Auskunft für den Patienten über seine Krankheit und dann ein Vorschlag von Seiten des Arztes über die weiteren Behandlungsmöglichkeiten. In weiterer Folge muss auch sicher gegangen werden,

⁶¹ Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), S. 16.

⁶² Beauchamp/Childress (1983), S. 66.

[Text eingeben]

ob der Patient die ihm zur Verfügung gestellten Informationen verstanden hat. Weiß er, woran er leidet und was ihm helfen kann?

- Einverständnis:

In diesem Element entscheidet sich der Patient aufgrund der ihm mitgeteilten Informationen für oder gegen eine Behandlung und autorisiert danach in einem separaten Schritt den Arzt dazu.⁶³

Sowohl Arzt als auch Patient haben in diesem Modell die Kontrolle über die Informationen und der Arzt agiert als Berater. Durch sein Fachwissen ist er dazu in der Lage, den Patienten ordnungsgemäß zu informieren, sodass dieser selbst eine Entscheidung über die am besten geeignete Behandlung treffen kann.⁶⁴

Diese Auskünfte werden vom Patient noch dahingehend überprüft, ob sie zu seinem subjektiven Wertesystem passen und ob sie den eigenen Vorstellungen entsprechen. Die Entscheidung trifft er allein und der Arzt ist demnach dazu verpflichtet, diese Entscheidung zu respektieren und die gewählte Behandlung zu implementieren.⁶⁵

Die Relation von Arzt und Patient ist ebenso wie im paternalistischem Modell ungleich, da die Entscheidung letztendlich beim Patienten liegt.

Für dieses Modell steht zum einen die hohe Selbstbeteiligung des Patienten, da er von der Konsultation des Arztes bis zum Abschluss der Behandlung selbst Verantwortung übernehmen muss und zum anderen bietet es die Möglichkeit subjektive Befindlichkeiten in die Kommunikation mit einfließen zu lassen. Dieses Modell birgt jedoch die Gefahr, dass weniger effektive Vorgehensweisen zur Behandlung gewählt werden, nur um den Patienten glücklich zu machen.⁶⁶

Ein Fallbeispiel verdeutlicht sowohl die asymmetrische Beziehung als auch die Vor- und Nachteile des Modells:

Der Arzt stellt fest, dass der Patient mit dem geplanten Operationstermin nicht einverstanden ist und weist ihn darauf hin, dass ein Aufschub mit Risiken verbunden wäre, die der Patient selbst zu tragen hätte. Der Patient argumentiert gegen den Termin, indem er von geschäftlichen und privaten Terminen spricht, die er noch vorher wahrnehmen möchte. Daraufhin entgegnet der Arzt, dass die Befunde einen baldigen Eingriff nahele-

⁶³ Vgl. Beauchamp/Childress (1983), S. 66-90.

⁶⁴ Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 28-31.

⁶⁵ Vgl. Klemperer (2003), S. 14

⁶⁶ Vgl. Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 29.

[Text eingeben]

gen, dass man einige Risiken zwar mit Medikamenten entschärfen könnte, dennoch ein Restrisiko bestehe, welches in der Eigenverantwortung des Patienten liege. Das Gespräch wird durch den Patienten auf den Einsatz der verschiedenen Herzklappen gelenkt, indem er meint, dass er eine künstliche Herzklappe einer Herzklappe vom Schwein, bei der er lebenslang Blutverdünner nehmen müsse, vorziehe und auf dieser sogar bestehe. Der Arzt erwähnt noch die lange Haltbarkeit einer tierischen Herzklappe, weist aber dennoch darauf hin, dass die künstliche Vorteile aufweist.⁶⁷

Laut Menz, Lalouschek und Gstettner geht dieses Modell sogar so weit, den Arzt als eine von mehreren möglichen Informationsquellen anzusehen. Der Patient entscheidet, nachdem er ein Leiden festgestellt hat, wo er sich informiert – beispielsweise im Internet, in einer Fachzeitschrift oder eben auch bei einem Arzt – und welche Schritte er setzt.⁶⁸

2.3.3 Shared-Decision-Making

Wie der Name bereits impliziert, handelt es sich bei diesem Modell um das Zwischstück, von paternalistischem und informiertem Entwurf.

Der Arzt versucht zunächst die ethischen Werte und Vorstellungen des Patienten zu erfassen, um relevante Informationen geben zu können. Der Mediziner kommuniziert als Partner mit seinem Patienten, der die gleichen Rechte hat wie er selbst. Dadurch werden sowohl subjektive als auch objektive Schilderungen des Leidenden berücksichtigt.⁶⁹

Nachdem der Arzt den Patienten näher kennengelernt hat, versucht er mit Hilfe seines fachlichen Wissens eine Behandlungsmethode bzw. Behandlungsalternativen zu erarbeiten, die er dem Patienten präsentiert. Er versucht keinen Druck auszuüben, um sein Gegenüber zu überreden, sondern er versucht ihn zu überzeugen.

In einem gemeinsamen Verfahren evaluieren und ratifizieren dann Arzt und Patient miteinander die Präferenz und kontrollieren auch konsensuell und gemeinsam „in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie“ die korrekte Durchführung.⁷⁰

⁶⁷ Vgl. Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 29.

⁶⁸ Vgl. Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), S. 16.

⁶⁹ Vgl. Schweickhardt/Fritzsche (2007), S. 31-34.

⁷⁰ Menz/Lalouschek/Gstettner (2008), S. 16.

[Text eingeben]

Zusammenfassend möchten wir auf Klemperer verweisen, der vier wesentliche Eigenschaften des Shared-Decision-Making-Entwurfs beschreibt:

1. Bei der Entscheidung sind mindestens Arzt und Patient beteiligt. Sowohl Arzt als auch Patient sind dazu berechtigt, sich Unterstützung während der Beratung zu holen. Dies können Verwandte oder Freunde auf Seiten der leidenden Person sein oder auch andere Ärzte und Fachärzte auf Seiten der Medizin.
2. Beim Prozess, eine Entscheidung zu finden, sind beide Parteien aktiv beteiligt. Der Patient teilt seine Bedürfnisse mit, fragt aktiv nach und ist bereit selbstbestimmt zu handeln. Im Gegenzug muss der Arzt ein kommunikatives Klima erzeugen, den Patienten kennenlernen wollen und Informationen auf verständliche Art und Weise mitteilen.
3. Auskünfte müssen bei beiden Parteien offen verbreitet sein. Der Entwurf lebt von der Diskussion und diese kann nur stattfinden, wenn jeder gleiche Informationen hat. Sowohl der Arzt bringt Werte und Informationen ein als auch der Patient. Es muss sich also um einen offenen Informationsaustausch handeln.
4. Die Entscheidung wird mit beidseitigem Einverständnis getroffen. Nachdem Arzt und Patient über die möglichen Behandlungsmethoden, Risiken, Ängste, Folgen, und dgl. gesprochen haben und sich für eine Variante entschieden haben, müssen sie dieser beide zustimmen.⁷¹

Das letzte Merkmal scheint das wichtigste zu sein. Weder im paternalistischen noch im informativen Modell spielt die Bereitschaft, sich auf sein Gegenüber einzulassen, eine Rolle.

Da jeder Patient ein eigenständiges Individuum darstellt, hat jeder individuelle Bedürfnisse, die er befriedigt haben will. In einem Test, an dem 39 Ärzte teilnahmen, wurde ersichtlich, dass die meisten nicht danach fragten, welche „Rolle die Patienten im Entscheidungsfindungsprozess wünschen.“⁷²

⁷¹ Vgl. Klemperer (2003), S. 18-19.

⁷² Klemperer (2003), S. 19.

[Text eingeben]

Dies wäre aber ein entscheidender Ansatz, um jedem einzelnen Patienten so viel Autonomie zuzugestehen, wie er wünscht.

2.4 Rahmenbedingungen der Arzt-Patienten-Kommunikation

Essentiell für jede Art menschlicher Kommunikation sind die äußeren Umstände, die ein Gespräch begleiten. Dies gilt natürlich auch für die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Auf der einen Seite kann die Konsultation in einem Sprechzimmer, im Falle eines Arztbesuchs im eigenen Haus, oder in einem Krankenzimmer stattfinden. Für gewöhnlich stehen einem niedergelassenen Arzt eigene Räumlichkeiten zur Verfügung, um die Untersuchung bzw. die Besprechung durchzuführen, während in einem Krankenhaus kaum passende Zimmer für eine Unterredung vorhanden sind. Denkt man an die ärztliche Visite wird einem bewusst, wie irritierend die Öffentlichkeit des Raumes, in dem man meist nicht alleine untergebracht ist, auf einen Patienten wirken kann, zumal es vorrangig um private und intime Belange geht. Ein extremes Beispiel, in dem der Arzt der Patientin am Gang mitteilt, dass der Brustkrebs so weit fortgeschritten ist, dass sie vollkommen entfernt werden muss, verdeutlicht die oben beschriebene Problematik:⁷³

- A: und im übrigen, ich habe eben ihren Bericht gekriegt. Sie müssen am Montag operiert werden, denn eine Brust muss runter:⁶
P: Bitte? Was ist denn?
A: Ja, Sie haben Krebs.

Es bleibt zu sagen, dass geeignete Räumlichkeiten einen positiven Beitrag zum Gespräch liefern können.

Als weitere Rahmenbedingung gilt die zeitliche Dimension, die in der Praxis einer effizienten Gesprächsführung häufig im Weg steht. Einen allgemein anwendbaren zeitlichen Rahmen für ein Arzt-Patienten-Gespräch scheint es weder in den Praxen noch in den Krankenhäusern zu geben. Somit ergibt sich der Zeitdruck oder die Zeitnot häufig auch aus den subjektiven Empfindungen der Patienten und Ärzten. Darüber hinaus ist der medizinische Alltag oft auch durch Zeitdruck bestimmt. Die jüngsten Einsparungen im Gesundheitsbereich lassen vermuten, dass der Arzt künftig nicht mehr Zeit für Gespräche haben wird. Daher scheinen vorgegebene Strukturen und ungefähre Zeitanga-

⁷³ Geisler (1992), S. 24.

[Text eingeben]

ben sinnvoll zu sein. Darüber hinaus sollte das medizinische Personal flexibel auf unterschiedliche Anliegen – eine Patientin mit Zahnweh wird weniger Zeit im Gespräch in Anspruch nehmen als ein Patient mit Leberzirrhose – reagieren.⁷⁴

2.5 Rollenbilder

Viele Wissenschaftler sind der Ansicht, dass das Image des Arztes und jenes des Patienten eine wechselseitige Einwirkung auf das verbale Handeln haben. Nach Scheibler beeinflussen Rollenbilder und deren Berücksichtigung die Kommunikation zwischen Arzt und Patient maßgeblich.

Handelnde Subjekte antizipieren also die Erwartungen anderer Subjekte an das eigene Handeln und beziehen diese in die eigenen Handlungspläne ein.⁷⁵

Lörcher sagt:

Die Beziehung Arzt-Patient ist davon abhängig, wie der Arzt die ihm vorgegebene Rolle ausfüllt bzw. nicht ausfüllt, und davon, wie der Patient darauf reagiert.⁷⁶

2.5.1 Der Arzt

Der Berufstand des Mediziners erfordert es, sich an gewisse ihnen von der Gesellschaft auferlegte Erwartungen zu halten. Talcott Parsons stellte in den 1950er Jahren seine noch gegenwärtig akzeptierte Vorstellung zu den Rollenerwartungen vor, die 1988 von Menz diskutiert wurden. Die Annahmen beinhalten die „affektive Neutralität“⁷⁷, die „Kollektivitätsorientierung“⁷⁸, den „Universalismus“⁷⁹ und die „funktional-spezifische Orientierung“⁸⁰ und werden im Folgenden näher ausgeführt und diskutiert:

⁷⁴ Vgl. Nowak (2007), S. 52.

⁷⁵ Scheibler (2003), S. 17.

⁷⁶ Lörcher (1983), S. 138.

⁷⁷ Menz (1988), S. 147.

⁷⁸ Menz (1988), S. 147.

⁷⁹ Menz (1988), S. 147.

⁸⁰ Menz (1988), S. 147.

[Text eingeben]

- a) Die „Affektive Neutralität“: Diese Eigenschaft bedeutet, dass sich der Arzt jedem seiner Patienten mit den gleichen Gefühlen zuwenden sollte. Affekte bezeichnen kurze, heftige Emotionen, gegen welche man willentlich nichts ausrichten kann. Von ebendiesen sollten der Arzt naturgemäß frei sein.
- b) Die „Kollektivitätsorientierung“: Diese Eigenschaft bedeutet eine Art von Uneigennützigkeit, in dem Sinne, dass der Arzt sein Können zum Wohle der Gemeinschaft und nicht zum Erwerb von Reichtum und Macht einsetzen darf. Bereits im „Hippokratischen Eid“ verankert dient die Kollektivitätsorientierung in erster Linie dem Schutz hilfeschender Menschen.
- c) Der „Universalismus“: Diese Eigenschaft beschreibt theoretisch die Gleichbehandlung aller Menschen

unabhängig von Rasse, Alter, Geschlecht, sozialer Stellung, Nationalität oder Glauben.⁸¹

Bei diesem Prinzip handelt es sich auch in unserer hochentwickelten westlichen Welt um eine Idealvorstellung. Vor allem in den Vereinigten Staaten, in denen der Versicherungsschutz fakultativ ist und nicht alle Menschen sich einen solchen leisten können bedeutet die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht oder Rasse oftmals das Fehlen einer medizinischen Grundversorgung. Dadurch kann es vorkommen, dass hilfeschende Menschen abgewiesen werden, weil es keine Versicherung gibt, die für den Arztbesuch aufkommt.

- d) Die „funktional-spezifische-Orientierung“: Diese Eigenschaft beschreibt die fachliche Kompetenz des Arztes innerhalb des vorbestimmten Umkreises. Das Verbleiben in den von ihrer Funktion vorgegebenen Grenzen und das Anbieten fachspezifischer Ratschläge werden quasi von ihnen verlangt. Somit vertraut der Patient dem Arzt vollkommen, was wiederum problematisch sein kann, da es durchaus weniger erfahrene Mediziner gibt, die aber ihre Situation verschweigen, um das Vertrauen nicht zu verlieren.⁸²

⁸¹ Menz (1988), S. 147.

⁸² Vgl. Menz (1988), S. 143-149.

[Text eingeben]

Legt man sein Augenmerk auf die Geschichte des Arztberufes, lässt sich mit Leichtigkeit eine gewisse Idealisierung des Arbeitsgebiets herausfinden, die sich aus den gesellschaftlichen Rollenerwartungen und dem „prophylaktischen Notfallverhalten“⁸³, die bezeichnend für die permanente Dringlichkeit der Anordnungen und Behandlung ist, ergeben. Auf den Faktor Zeit wurde in Kapitel „Rahmenbedingungen“ näher eingegangen.

In gegenwärtigen Diskursen wird vom Arzt meist in einem negativen Kontext gesprochen. Der Mediziner ist die Person, die vorrangig nach finanziellem und gesellschaftlichem Gewinn strebt, die zu wenig empathisches Empfinden für kranke Menschen zeigt und sich nicht genügend Zeit für den Patienten nimmt. Diverse Studien versuchen diese schlechten Konnotationen aufzuzeigen. Man sollte aber nicht außer Acht lassen, dass sich seit der Entwicklung des Arztberufs einiges weiterentwickelt hat. Ein Mediziner mit einer eigenen Praxis steht aufgrund vieler in die Medizin involvierter Interessensgemeinschaften wie Krankenkasse, kassenärztliche Vereinigungen und juristische Organisationen in einem enormen Spannungsfeld. Der Arzt hat zudem eine große fachliche Verantwortung und müssen sich aufgrund des rasant wachsenden medizinischen Wissens, sowohl auf fachlicher als auch auf technischer Ebene, ständig fortbilden.⁸⁴

Angehende Ärzte werden während des Studiums mit annähernd standardisierten Frage- und Interviewbögen zum Umgang mit Patienten im Gespräch ausgestattet, die sie während ihrer Famulaturen erproben können, um sie an das System anpassen zu können. Ein Gespräch mit einer hilfeschuchenden Person dient dazu, den Schmerz zu lokalisieren und erfolgreich zu behandeln. Der Patient wird zu einem objektivierbaren Gegenstand, den man von seiner Lebenswelt trennen kann: Er weist Symptome auf, die in ein bestimmtes Krankheitsbild passen. Lalouschek nennt diesen Prozess, den Jungmediziner erst erlernen und etablierte Ärzte bereits indoktriniert haben, zynisch ein „konsequentes Desensibilisierungsprogramm“.⁸⁵

In Verbindung mit der Rollenerwartung der Objektivität ist oftmals eine emotionale Distanzierung des Arztes zu beobachten. Diese dient auch dem Selbstschutz vor einer Anteilnahme am Leiden des Patienten oder vor deren Erwartungen und wird häufig auch durch den vorgegebenen Zeitdruck verstärkt. Diese Haltung wiederum führt im Gespräch dazu, dass subjektive Schilderungen der Patienten oft ausgeblendet werden.

⁸³ Menz (1988), S. 150.

⁸⁴ Peters (2008), S. 65.

⁸⁵ Lalouschek (1992), S. 19.

[Text eingeben]

Aus dem Gesagten wird ersichtlich, dass sich der Arzt aufgrund seiner Profession, den Rollenerwartungen und der Institution in der konkreten Kommunikation in einer Sonderstellung befindet. Damit hat der behandelnde Arzt das Vorrecht, das Thema des Gesprächs zu bestimmen und zu ändern und den dominierenden Part der Konversation zu stellen.

Die verschiedenen Formen der ärztlichen Autorität sind in vier Kategorien unterteilt:

1. Mangelnde Wechselhaftigkeit.
2. Durch den Gemeinsinn bedingte Wechselhaftigkeit.
3. Durch Fachwissen mangelnde Wechselhaftigkeit.
4. Vollständige Wechselhaftigkeit.

Er fand heraus, dass der erste Typ in der Hälfte aller Gespräche praktiziert wird.⁸⁶

Wie die sprachlichen Folgen dieser Wechselhaftigkeit aussehen, wird im Kapitel der Analyse der Studien und der Literatur näher beschrieben.⁸⁷

2.5.2 Der Patient

Bei der Rolle des Patienten handelt es sich um eine weniger homogene Gruppe, da es sich um Personen unterschiedlichen Alters, Geschlechts, sozialer Herkunft, und dgl. handeln kann und somit um eine Rolle, die weniger leicht zu definieren ist als jene des Arztes. Laut Löning kann man den Patienten in etwa so charakterisieren:

Zunächst einmal gilt als Patient ausschließlich der Kranke, also ein Mensch mit einem Defizit an körperlichem Wohlbefinden oder auch sich körperlich manifestierenden seelischen Leiden.⁸⁸

Der Patient befindet sich also in der Rolle eines hilfesuchenden Menschen – er kann sich selbst nicht heilen und muss somit einen Spezialisten aufsuchen. Im Gegensatz zum

⁸⁶ Vgl. Jährig/Koch (1982), S. 37.

⁸⁷ Vgl. Peters (2008), S. 65-67.

⁸⁸ Löning (1985), S. 40.

[Text eingeben]

Arzt vertritt der Patient aber eine subjektive Sicht, denn er leidet, fühlt sich bestraft oder gedemütigt und dgl. Des Weiteren tritt auch der Patient in engen Kontakt mit den institutionellen Rahmenbedingungen im medizinischen System. Die kranke Person sucht Hilfe in der Institution und erhält durch die entstehenden Kontakte eine Ahnung über die Abläufe im medizinischen Diskurs. Da jeder Mensch unterschiedlich in der Patientenrolle agiert, gibt es keine Normen, die ihm zeigen können, wie er verbal und non-verbal handeln soll und er wird unsicher, was wiederum dazu führt, dass er sich an die Erwartungen der Institutionen und deren Vertreter anpasst.⁸⁹

Im Unterschied zum Arzt ist der Patient nicht der Experte sondern die Laie, der Hilfe und Linderung der Schmerzen sucht: Der Arzt gilt für ihn als Autorität und Informationsträger. Dies hat zur Folge, dass sich die kranke Person dem Spezialisten unterordnet und häufig befürchtet zu viel Zeit in Anspruch zu nehmen. Sie erwartet seitens der Ärzte konkrete Handlungsanweisungen und keine detaillierten Darstellungen. Sprachlich manifestiert sich dieses Rollenverhalten in einer passiven, reaktiven Haltung, zu beobachten in kurzen Formulierungen und Anstrengungen, den medizinischen Wortschatz in den eigenen zu integrieren. Dies bringt natürlich die große Gefahr mit sich, dass sich beide Parteien missverstehen.⁹⁰

Im Allgemeinen kann man sagen, dass sich der Patient in vier verschiedenen Typen von Patientenrollen wiederfinden kann, die naturgemäß unterschiedliche Auswirkungen auf die Art der Kommunikation haben:

1. Laienrolle: Der Patient ordnet sich den Rahmenbedingungen unter, da er vorrangig auf die Hilfe der behandelnden Ärzte angewiesen ist. Dies führt zu einer großen Bereitwilligkeit, sich dem Arzt gegenüber offen zu zeigen.
2. Einmalige Patienten: Durch die hohe Fluktuation von hilfesuchenden Menschen, sowohl in Praxen als auch in Ambulatorien, entsteht eine Art von Anonymität, die es den handelnden Personen nahezu unmöglich macht, in eine Beziehung zueinander zu treten. Durch eine für den Arzt interessant erscheinende Erkrankung des Patienten kann es vorkommen, dass sich der Gesprächsstil positiv ändert.

⁸⁹ Peters (2008), S. 68.

⁹⁰ Peters (2008), S. 68.

[Text eingeben]

3. Profi: Dieser Patient erfreut sich eines hohen Bekanntheitsgrades und eines Wissens über die institutionellen Abläufe und versucht dies, in der Kommunikation zu vermitteln. Diese Art des Gesprächs, in dem versucht wird, die beiden unterschiedlichen Welten der Akteure zusammenzuführen, stößt allerdings des Öfteren auf Ablehnung.

4. Privat- und Sonderklassenpatienten: Bei diesem Typus lässt sich keine einheitliche Herangehensweise der Mediziner erkennen. Vermutlich sind wirtschaftlichdenkende Ärzte diesem Typ gegenüber viel positiver gestimmt.⁹¹

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Arzt und Patient ist nur durch Übereinstimmung der beiden aufeinanderprallenden Rollen möglich.⁹²

⁹¹ Vgl. Menz (1988), S. 9-10.

⁹² Vgl. Menz (1988), S. 10.

3. Die Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation

Generell ist festzuhalten, dass die Visitenforschung im deutschsprachigen Raum in den 1970er Jahren einsetzte, um herauszufinden, welche sozialen Beziehungen im Krankenhaus gegeben sind. Aufgrund der ersten sogenannten Marburger Untersuchungen gelang es, aussagekräftige Ergebnisse zu den gesellschaftlichen Konstruktionen zu finden.

Die Studien legten ihr Augenmerk auf mehrere Phänomene, die vorweg postuliert wurden:

- Die asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient.
- Frageaktivitäten der kommunizierenden Mitglieder.
- Zeitdruck während des Gesprächs.
- Themenwechsel.
- Einsatz sprachlicher Mittel.
- Einsatz von Fachtermini.

Innerhalb der einzelnen aufgezeichneten Gespräche konnte festgestellt werden, dass der Arzt mehr Gesprächsbeiträge liefert und seine relative Redezeit deutlich länger als jene der Patienten ist.

Raspe hat bei der Analyse eines Visitengesprächs, bei dem ein Arzt, eine Schwester und ein Patient anwesend waren, festgestellt, dass etwa die Hälfte aller geäußerten Sätze auf den Arzt entfallen, während die übrige Hälfte zwischen Schwester und Patient aufgeteilt wurde. Des Weiteren konnte diese Ungleichheit durch die Initiativzahlen, belegt werden. Diese zeigten, dass der Arzt ca. 60% aller Initiativen setzt und der Patient etwa 25%.⁹³

Siegrist hat in seinen Untersuchungen herausgearbeitet, dass es auf sprachlicher Ebene für den Arzt die Möglichkeit gibt, asymmetrische Beziehungen zu bekräftigen. Es wird

⁹³ Vgl. Raspe (1982), S. 1-9.

[Text eingeben]

davon ausgegangen, dass der Patient über seinen Gesundheitszustand und über folgende Maßnahmen informiert sein möchte und dass er aus diesem Grund verbal handeln wird, um zu den erforderlichen Informationen zu gelangen. Dem Arzt bleibt die Wahl, ob er sich auf die Kommunikation einlässt oder ob er es unterlässt und dadurch die asymmetrische Beziehung offen darlegt. Wenn er sich für die zweite Möglichkeit entscheidet, bleiben ihm vier Varianten diese zu verbalisieren:

- Die Anfrage des Patienten wird gar nicht beachtet.
- Die Anfrage des Patienten wird durch einen Themen- oder Adressatenwechsel abgetan.
- Die Anfrage des Patienten wird mit einem Beziehungskommentar quittiert.
- Die Anfrage des Patienten wird mit einer „Mitteilung funktionaler Unsicherheit“⁹⁴ behandelt.

Er hat herausgefunden, dass bei Patienten mit schweren Krankheiten und ungünstigen Prognosen, die verbalen Mittel zur Aufrechterhaltung einer asymmetrischen Beziehung, öfter eingesetzt wurden, als bei Patienten mit leichter Erkrankung. Annähernd allen Schwerkranken wurden Informationen vorenthalten aber bloß etwa 2/5 den leichter Erkrankten. Des Weiteren stellte Siegrist einen Vergleich zwischen zwei Krankenhäusern an, wobei das eine ein durchschnittliches Krankenhaus war und das andere eine psychosomatisch, psychotherapeutisch orientierte Abteilung hatte. Dabei stellte er fest, dass bei letzterer zumindest etwa die Hälfte der Kommunikation symmetrisch gehalten wurde.

Um die weiteren Forschungsinteressen und Phänomene zu beschreiben, die alle darauf schließen lassen, dass eine Störung der Beziehung zwischen Arzt und Patient besteht, werden im Folgenden sechs Studien näher erläutert.

⁹⁴ Siegrist (1982), S. 16.

3.1 Studien der 80er Jahre

3.1.1 Löning: Das Arzt-Patient-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps

Löning hat sich im Rahmen ihrer Dissertation mit umfassenden Analysen zum Thema Arzt-Patienten-Gespräch beschäftigt, genauer gesagt mit therapeutischen Gesprächen, bei denen es sich nicht um den ersten Kontakt handelt. Sie wollte mit ihren Untersuchungen vor allem zu Verbesserungen anregen.

Sie konnte herausfinden, dass sich schon in der Phase bevor die Eröffnungsphase eintritt - ich werde sie im Folgenden Präeröffnungsphase nennen – bereits ein deutlich institutionalisiertes Vorgehen ausmachen lässt, welches auf die asymmetrische Beziehung zwischen Arzt und Patient hinweist. Die meisten Mediziner ordinieren in einem eigenen Zimmer, das durch eine Tür verschlossen gehalten wird. Wenn der Patient zunächst die Praxis oder auch das Krankenhaus betritt, wird er an einen Platz verwiesen, um darauf zu warten, per Nachnamen aufgerufen zu werden,

was somit als konstitutives Merkmal für diesen Sprechakt betrachtet werden kann.⁹⁵

Sowohl der hinweisende Einsatz von Ausdrücken wie *Sie da!* oder der völlige Mangel an verbaler Tätigkeit, wie bloßes Hineinwinken in das Sprechzimmer, wird ebenso wie die Anrede mit dem Vornamen, selbst wenn man den Arzt persönlich kennt, als unhöflich betrachtet. Durch den Vergleich der Ergebnisse zweier unterschiedlicher Untersuchungsorte in Frankreich und in deutschsprachigen Ländern konnte sie ebenso zeigen, dass ein persönliches Hereinbitten, welches immer durch ein Händeschütteln, selten durch eine verbale Begrüßung im deutschsprachigen Raum vollzogen wurde, konstruktiver für den weiteren Gesprächsverlauf waren als das unpersönliche Aufrufen durch eine andere Person oder gar eine Maschine in Frankreich. In den meisten deutschsprachigen Fällen lässt sich allerdings nachweisen, dass der Akt des Händeschüttelns den der eigentlichen gegenseitigen Begrüßung ersetzt.

⁹⁵ Löning (1985), S. 59.

[Text eingeben]

Somit könnte man in Anlehnung an Austins Unterscheidung davon ausgehen, daß die Perlokution ‚Kontaktaufnahme‘ in der Eröffnungsphase von Arzt-Patienten-Gesprächen fakultativ durch den illokutiven Akt des Aufrufens oder Begrüßens vollzogen werden kann und durch Reduzierung auf unabdingbare sprachliche Mittel realisiert wird.⁹⁶

Somit ist der erste Kontakt hergestellt und durch das Eintreten ins Besprechungszimmer oder das Hinsetzen wird dem Arzt signalisiert, dass der Patient für ein Gespräch bereit ist. Dabei findet sich der Patient, durch die räumliche Situation⁹⁷ und das gesamte Umfeld in einer bestimmten Rolle wieder und erwartet initiiierende Handlungen von seinem Gegenüber.⁹⁸

In der eigentlichen Gesprächsmitte lässt sich nach Löning nochmals eine Eröffnung ausmachen, die einerseits durch spezifische Partikel, wie *gut*, *also*, *dann* oder *ja* usw. ausgewiesen sind und den Fokus auf das tatsächliche Gespräch lenken sollen. Diese Partikel werden durch den Arzt geäußert und dienen als Zeichen für den Hörer dass man jetzt am Beginn ist.

- A 1 AlsO +p+⁹⁹
 2 äh, fr. l., ich wollte ihnen nur noch erkläR-n +p+
 3 äh was bei ihnen eigentlich
 4 für eine schilddrüsenerkrankung vorliegt.¹⁰⁰

In diesem Beispiel sieht man eindeutig, dass man in der Gesprächsmitte angelangt ist, auf die der Arzt den Patienten oder mit dem *AlsO* vorbereiten will.

In den meisten Fällen folgt auf die Äußerung eines Partikels eine Frage, die dem Patienten signalisiert, dass sein *turn* gefragt ist. Die Untersuchungen ergaben, dass es mehrere Möglichkeiten gab, Fragen zu formulieren, die dennoch alle zum Ziel haben, herauszufinden, wie der momentane körperliche Zustand des Patienten ist.

⁹⁶ Löning (1985), S. 62.

⁹⁷ Anmerkung: Geisler hielt in seinem Buch *Arzt und Patient. Begegnung im Gespräch* fest, dass die räumliche Situation ausschlaggebend für ein gutes Gespräch sein kann und ein ungestörter Kontakt zu sichern sei.

⁹⁸ Löning (1985), S. 60.

⁹⁹ +p+ bedeutet, dass eine Pause gemacht wird.

¹⁰⁰ Löning (1985), S. 189.

Anmerkungen zur Transkription von Löning: Großbuchstaben kennzeichnen eine besondere Betonung; +p+ bedeutet eine Pause; Die Nummern am Seitenrand bezeichnen die Zeilenzahl aus der Transkription; Ein Doppelpunkt nach einem Vokal signalisiert eine Dehnung.

[Text eingeben]

- A 1 jA nehm-n sie plAtz frau m.
2 woll-n sie'n mAntel auszieh-n +p+
- P 3 ja:˘ woll-n sie mich denn gleich untersUch-n?
- A 4 ja:˘ ich glaube heute ist des wieder dran, nicht +p+
- P 5 sO:˘
- A 6 nehm-n sie erst mal plAtz woll-n erst
- P 7 ich dachte / ich dachte / ich dachte...
- A 8 m˘ woll-n uns erst mal unterhAlten
- P 9 .ja:˘
- A 10 wie's ihnen denn gegAngen frau m.?¹⁰¹

Zum einen zeigt sich hier wiederum der Einsatz der Partikel, genauer gesagt redeleitender Partikel (siehe S. 14), zum anderen wird dem Patienten mit der Frage in Zeile zehn ein gewisses Thema nahegelegt, das durch den Einsatz des Tempus klar ersichtlich auf eine vergangene Behandlung oder Beratung Bezug nimmt. Durch die Frage wird ein Sprecherwechsel angestrebt, so wie es im Beispiel oben passiert. Dieser ermöglicht es dem Patienten zu erzählen, wobei eine Abschweifung vom Thema meist dazu führt, dass der Fragende wieder die Sprecherrolle übernimmt. Eine andere Möglichkeit der Gesprächseröffnung bestand darin, das bisher Geschehene Revue passieren zu lassen, wobei in diesem Fall die Sprechaktivität der Patienten auf ein Minimum beschränkt wurde – kurze Antworten und Signale der Aufmerksamkeit wurden gegeben – was dazu führte, dass er versuchte durch Unterbrechungen zu Wort zu kommen.

In den meisten Fällen wird nicht darüber gesprochen, warum man dieses Gespräch führt, sondern man geht sofort über zum ersten Hauptthema. Interessant scheint das Beispiel oben vor allem dadurch, dass die Patientin der Aufforderung, ihren Mantel auszuziehen, mit einer Frage begegnet, da sie anscheinend durch die Aussicht wieder untersucht zu werden verwirrt ist und noch nicht bereit, zum Hauptthema überzugehen. Durch beruhigende, teils abschweifende Worte, dass sie sich bloß unterhalten würden, aber dennoch bestimmt durch den neuerlichen Hinweis, sich zu setzen, bekundet er nochmals seine Bereitschaft mit ihr ins Gespräch zu kommen.

In allen anderen untersuchten Gesprächen erfolgte der Übergang vom Bereitschaftssignal bis zum eigentlichen Gespräch direkt und ohne Komplikationen.

Sowohl die Präeröffnungsphase als auch die Eröffnungsphase der Gesprächsmitte erscheinen anhand der Analyse der Gespräche als stark automatisiert, was sich am Einsatz redeleitender Partikel und Fragen widerspiegelt.¹⁰²

¹⁰¹ Löning (1985), S. 211.

¹⁰² Vgl. Löning (1985), S. 63.

[Text eingeben]

Die Schlussphase eines Gesprächs ist schwieriger bis gar nicht zu vereinheitlichen, da es unterschiedliche Reaktionen auf die vom Arzt initiierten Beendigungsangebote gibt. Vorweg ist zu bemerken, dass der Arzt in allen Fällen das erste Angebot zum Abschluss des Gesprächs unterbreitet, da er während der Interaktion die führende Position inne hat und somit berechtigt ist, solche Vorschläge zu machen. Somit ergibt sich aus den Untersuchungen, dass zum Einen der Offerte sofort zugestimmt wird und das Gespräch sein Ende findet oder dass der Patient sie vollkommen ignoriert und das Gespräch noch nicht zu Ende ist. Der Arzt entscheidet, ob er das Gespräch dann endgültig für beendet empfindet oder ob noch Erklärungen nachgetragen werden sollten. Es kann zu weiteren Beendigungsinitiativen kommen, die entweder weitere Nachträge ermöglichen oder auch akzeptiert werden. Löning beschreibt hier, dass es sich bei der Schlussphase um eine „Art Muster“ handelt, die wiederum vom Arzt gesteuert wird, und sie stellt fest,

(...) erst bei längeren Beendigungsphasen zeigt sich ein heterogenes Bild des Initiativenergreifens, das aber von der Persönlichkeit des Arztes und eventuell des Patienten abhängig ist.¹⁰³

In der Beendigungsphase kommt den Partikeln wiederum eine spezielle Rolle zu. *Ja, gut, also* usw. werden als abschließende Zeichen verwendet, die dem Patienten signalisieren, dass sich das Gespräch dem Ende zuneigt. Meistens folgen auf die einleitenden Partikel noch Danksagungen oder standardisierte Verabschiedungsrituale, wobei bei einer Nichtakzeptanz des Endes vor allem nochmals Angelegenheiten besprochen werden, die vorher thematisiert wurden. Dazu gehören etwa die Verschreibung eines Medikaments oder die Klärung organisatorischer Fragen, die dann durch fortführende sprachliche Elemente eingeleitet werden.

Löning sieht die Beendigungsphase weniger schematisiert als die Anfangsphase, da dem Patienten hier mehr Raum für eigene Fragen bleibt.

Im Unterschied zu alltäglichen Gesprächen, die meist privater Natur sind und thematisch kaum eingeschränkt sind, sind Arzt-Patienten-Gespräche als öffentlich zu sehen und werden von einem Großthema beherrscht. Dieses wird entweder explizit von den kommunizierenden Partnern verbalisiert oder liegt implizit über dem Gespräch.

Da es sich, wie eingangs des Kapitels erwähnt, um therapeutische Gespräche handelt, ist beiden Partnern das Ziel von Beginn an klar. In den Untersuchungen konnten bestimmte

¹⁰³ Löning (1985), S. 75-76.

[Text eingeben]

Phasen des Gesprächs ausgemacht werden, die durch gewisse Hauptthemen beherrscht werden:

- Informationen einholen: Das „gegenwärtige Befinden“¹⁰⁴ wird durch eine Frage oder auch eine Aufforderung zum Reden vom Arzt angesprochen.
- Getanes resümieren: Das bisher Geschehene wird zusammengefasst.
- Ergebnisse und Äußerungen besprechen: Meist wird nach der Untersuchung der derzeitige Zustand besprochen und über die Therapie gesprochen.
- Organisation: Als letzter Teil wird der Arzt darüber sprechen, wie man weiter vorgehen wird und wann man sich wieder treffen wird.

Da jeder Patient daraufhin seine subjektiven Empfindungen äußert, konnten keine einheitlichen „Detailthemen“¹⁰⁵ gefunden werden.

Hauptthemen werden durch gewisse Signale angezeigt, wie etwa *also* und *ja* oder auch *jetzt*, *so* und *dann*, wobei letztere weniger gebräuchlich zu sein scheinen und kein thematischer Zusammenhang bestehen muss. Detailthemen werden vorrangig durch *und* eingeleitet, wobei hier ein thematischer Zusammenhang gegeben sein muss. Partikel sind somit ein beliebtes Einleitungssignal, wohingegen die direkte Anrede selten benutzt wird.¹⁰⁶

Des Weiteren hat sich Löning damit beschäftigt, inwieweit das Gespräch zwischen Arzt und Patient bezüglich der Verteilung der Sprecherrolle ausgeglichen funktioniert. Dabei hält sie aufgrund ihrer Analysen zuerst fest, dass der behandelnden Person gegenüber der behandelten Person ein Vorrecht auf die Sprecherrolle zusteht, die sich aus dem institutionellen und sozialen Rahmen ergibt, wobei nicht gesagt wird, dass die Verteilung der Rollen automatisch zu einem Ungleichgewicht der tatsächlichen Redezeit führen müssen.¹⁰⁷

¹⁰⁴ Löning (1985), S. 95.

¹⁰⁵ Löning (1985), S. 83.

¹⁰⁶ Löning (1985), S. 98-99.

¹⁰⁷ Vgl. Löning (1985), S. 122.

[Text eingeben]

Zur Übernahme der Sprecherrolle konnte sie herausfinden, dass Ärzte in ihren Versuchen, die Sprecherrolle einzunehmen, seltener scheitern und kaum in ihren Beiträgen unterbrochen werden. Patienten werden dagegen häufiger in ihren Ausführungen gestört oder die Beiträge werden überhaupt ignoriert und nicht aufgegriffen. Die Hierarchie, die im Arzt-Patienten-Gespräch vorherrscht, gebietet es sozusagen, dass der Arzt nicht unterbrochen wird, die Patienten aber sehr wohl im Sprechen gestört werden können. Es ist allgemein bekannt, dass ein Unterbrechen von „höher gestellten“ Personen als unhöflich angesehen wird und wenig Akzeptanz in der Gesellschaft findet. Eines der analysierten Gespräche fällt auf, in dem die Patientin zum überwiegenden Teil die Sprecherrolle übernimmt. Diese Patientin ist sehr krank und der Arzt dürfte dadurch seine Empathie zum Ausdruck bringen. Vor allem bei der Sprecherrollenübernahme scheint die Persönlichkeit des Patienten – variiert von schüchtern bis selbstbewusst – ein entscheidender Faktor zu sein. Dagegen ist nach Löning:

(...) die Selbstwahl beim Arzt als durchaus rollenspezifisch zu betrachten, da unabhängig von patientenorientierten Faktoren wie Persönlichkeit, Schweregrad der Krankheit etc. in allen Gesprächen diese Form dominiert.¹⁰⁸

Da der Arzt als dominante Person aus der Situation hervorgeht, bevorzugt er die Selbstwahl und der Patient wird eher durch Fragen, Kommentare und Anmerkungen des Arztes angeleitet, seine Beiträge zu liefern.¹⁰⁹

Sollte es zu einem Sprecherwechsel durch Unterbrechung kommen, bieten sich dem Unterbrecher sowohl interaktive Mittel wie, *darf ich das noch beenden*, das Nachdoppeln von bereits Gesagtem, wie *folgendes hätte ich noch zu ergänzen*, das Ignorieren und Fortfahren im eigenen Beitrag, oder aber auch eine inhaltliche Wiederaufnahme des vorher Gesagten:

P	214	ich sag ja herr doktor
	215	ich bin Erst bei Ihnen so richtig an der richtige
	216	adresse gekommen
P	217	ich frEU mich ja so daß ich bei ihnen gekommen
K	218	.ja:‘
P	219	bin +p+ und mir hat auch nIE
K	220	ja‘ und der grund weshalb / .ja:‘

¹⁰⁸ Löning (1985), S. 134-135.

¹⁰⁹ Vgl. Löning (1985), S. 127.

[Text eingeben]

P 221 jemand was gesAgt
222 auch im s. bin ich weg
223 genau mit den bIldern wissen sie
K 224 .ja:‘
P 225 wo sie mir ja nu gesagt ham
K 226 .ja:‘
P 227 meine milz und meine lEber wäre vergrößert, nech
K 228 .m:‘ ja:‘
P 229 hat mir nIe Einer was von gesagt +p+
K 230 aber mich würd jetzt nur int-ressieren

Der Arzt nimmt in Zeile 230 nochmals Bezug auf das vorherige Thema und es macht den Anschein, als würde er versuchen, die Patientin in ihren privaten Äußerungen zu unterbrechen.

Löning fand heraus, dass bei selbstbewussten Patienten öfters die Sprecherrolle verteidigt wird als bei unsicheren. Wählt der Arzt ein interaktives Mittel, wählt er meist die Form einfach weiter zu sprechen, was auch als Indiz gesehen werden kann, dass er sich seltener irritieren lässt.

Bezüglich der Sprecher- und Hörersignale innerhalb der Gespräche fand sie heraus, dass es unterschiedliche Hörersignale gibt:

- Bekräftigung, dass die Meldung des Arztes rezipiert wurde und dass nach wie vor aufmerksam zugehört wird.
- Phrasen, die dem Arzt signalisieren oder der Arzt signalisiert, dass man Wissen über die Sachlage besitzt.
- Einverständniserklärende Signale.
- Doppelungen der Äußerungen des Arztes.
- Selbstbesinnung auf das Geäußerte.
- Beurteilungen der Beiträge.
- Knappe Revue.

[Text eingeben]

Durch diese Signale kann ein Hörerwechsel angestrebt werden, oder auch nicht, was sich allerdings aufgrund der Analyse nicht genau sagen lässt. Patienten äußern im Gespräch mit dem Arzt mehr Hörsignale, wobei die einverständniserklärenden Signale am häufigsten dann auftreten, wenn der Arzt Erklärungen liefert.

Sprechersignale gehen meist vom Arzt aus und bekräftigen das vorherrschende Rollenverhalten, indem sie entweder eine Aufforderung darstellen hinzuhören, Verständnis zu zeigen, subjektives Empfinden zu verbalisieren, sich als gleichwertig zu sehen oder aber sie wollen das Gesagte unterstreichen.

3.1.2 Jährig/Koch: Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses – eine empirische Untersuchung

Jährig und Koch untersuchten mithilfe einer Längsschnittstudie, an der vier unterschiedlich erfahrene Ärzte und 32 Patienten teilnahmen, und einer Querschnittstudie, in der neun Ärzte mit jeweils fünf Patienten beobachtet wurden, formale Sprachmerkmale und das Problemverhalten der Patienten während der ärztlichen Visite. Zunächst soll kurz auf die Sozialdaten der Probanden eingegangen werden. Es gab 40% weibliche und 60% männliche Patienten, von denen 13% unter 50 Jahre, 23% zwischen 51-65 Jahre und 63% über 65 Jahre alt waren. 2% gehörten der oberen und mittleren Schicht an, 62% der unteren Mittelschicht bzw. der oberen Unterschicht, 17% der unteren Unterschicht und 19% konnten vom Arzt, von dem die Daten stammten, nicht eingeordnet werden. 65% der Patienten waren in Pension, 18% im Berufsleben, 12% im Haushalt tätig und wiederum 5% nicht zuordenbar. Daraus ging hervor, dass mehr als die Hälfte männliche Patienten waren und fast 2/3 in Pension. Jährig und Koch merken an, dass die meisten allgemeinen Krankenhäuser von älteren Patienten aufgesucht werden.¹¹⁰

Bezüglich der objektiv messbaren Daten wurden gewisse sprachliche Merkmale herausgearbeitet:

- Durchschnittliche Visitendauer: Die Längsschnittstudie ergab, dass die Dauer während der ersten Behandlung 224 Sekunden dauerte, während der zweiten Behandlung mit demselben Patienten 230 Sekunden und während der dritten Behandlung nur mehr 181 Sekunden, wobei es sich natürlich um den Mittelwert

¹¹⁰ Jährig/Koch (1982), S. 37-39.

handelt. Die Extreme innerhalb der Längsschnittuntersuchung reichten von einem Minimum an Rededauer von 20 Sekunden bis zu einem Maximum von 757 Sekunden. In der Querschnittstudie ergab sich ein Durchschnitt von 216 Sekunden.

- **Redezeit des Arztes:** Im Durchschnitt sprach der Arzt in der Längsschnittstudie während des ersten Gesprächs 115 Sekunden, 122 Sekunden während des zweiten und 97 während des dritten Gesprächs. In der Querschnittstudie sprach der Arzt von den 216 Sekunden 117, wobei davon 40 Sekunden direkt an den Patienten gerichtet waren. Die patientenorientierte Rede wurde in der Längsschnittstudie nicht ermittelt.
- **Redezeit des Patienten:** In der Längsschnittstudie sprach der Patient während des ersten Kontakts durchschnittlich 62 Sekunden, während des zweiten Kontakts 66 Sekunden und während des dritten Kontakts 43 Sekunden und somit in Summe durchschnittlich 55 Sekunden, wobei die Extreme von zwei Sekunden bis zu 337 Sekunden rangierten. In der Querschnittstudie ergab sich eine durchschnittliche Redezeit von 55 Sekunden.
- **Unterbrechungen:** In der Längsschnittstudie zeigte sich, dass der Arzt sein Gegenüber während der ersten Visite 0.6 Mal unterbrach, während der zweiten Visite 0.3 Mal und während der dritten Visite 0.4 Mal was zu einem Mittelwert aller Visiten von 0.4 Mal führt. In der Querschnittstudie unterbrach der Arzt den Patienten im Durchschnitt 0.6 Mal. Auch hier gibt es Ärzte, die den Gesprächsverlauf drei Mal durch Unterbrechungen stören und andere, die sie nie stören. Demgegenüber unterbricht der Patient während der ersten Untersuchung den Arzt durchschnittlich 0.3 Mal und während der zweiten und der dritten nur 0.1 Mal, im Durchschnitt also 0.2 Mal. Die Querschnittstudie zeigte, dass durchschnittlich nur 0.06 Mal unterbrochen wurde.
- **Frageverhalten des Arztes:** Durchschnittlich wurden in der Längsschnittstudie während aller drei Kontakte sechs Fragen gestellt. Die Pole lagen bei 20 bis zu null Fragen. Zum selben Ergebnis kam auch die Querschnittstudie.

[Text eingeben]

- Frageverhalten des Patienten: Patienten fragen sehr viel seltener. Die Längsschnittstudie ergab ebenso wie die Querschnittstudie einen Mittelwert von einer Frage pro Besuch des Arztes, wobei teilweise sieben Fragen gestellt wurden, teilweise aber keine einzige.¹¹¹
- Art der Frage: Am häufigsten wurden direkte Fragen benutzt, mit einem Mittelwert von vier, gefolgt von Suggestivfragen, mit einem deutlichen Abstand und einem Mittelwert von eins, und offenen Fragen mit einem Wert von 0.7. Das Schlusslicht bildet der Komplex der Katalogfragen.

Zunächst konnten Jährig/Koch somit feststellen, dass ihre Ergebnisse bezüglich der Dauer eines Visitengesprächs annähernd dieselben waren wie jene aus vergangenen Untersuchungen, etwa 3,5 Minuten. Auch bezüglich des Verhältnisses zwischen Redezeit des Arztes und der des Patienten deckten sich ihre Resultate in Hinblick einer zwei zu eins Relation.

Die Ungleichheit in der Kommunikation wird auch in der Zahl der Fragen deutlich. Während der Patient im Durchschnitt 1 Frage pro Visite stellt, sind es beim Arzt 6. Dabei handelt es sich meist um direkte Fragen; Katalogfragen kommen nur in Ausnahmefällen vor.¹¹²

Nachdem die Daten erhoben waren, analysierten sie den Zusammenhang zwischen den Sozialdaten, erhoben durch Akten oder der Hilfe des Arztes, und den sprachlichen Merkmalen. Vorweg kann gesagt werden, dass junge Ärzte mit weniger Routine länger mit ihrem Gegenüber sprechen, diese auch länger sprechen lassen, selbst aber auch mehr sagen als die ältere routinierte Generation. Welche Auswirkungen die jeweiligen Sozialdaten der Patienten hatten, wird im Folgenden einzeln aufgefächert:

- Geschlecht: Das Geschlecht hat einerseits Auswirkungen auf das Verhalten des Patienten, da Männer mehr Fragen stellen als Frauen. Andererseits beeinflusst es auch jenes des Arztes, da gezeigt werden konnte, dass Frauen mehr offene Fragen gestellt bekommen als Männer.

¹¹¹ Vgl. Jährig/Koch (1982), S. 45.

¹¹² Jährig/Koch (1982), S. 45.

[Text eingeben]

- Alter: Ältere Patienten haben eine deutlich längere Redezeit und bekommen öfters Suggestivfragen gestellt.
- Soziale Schicht und Berufstätigkeit riefen keine deutlichen Veränderungen beim verbalen Verhalten hervor.¹¹³

Des Weiteren wurde noch untersucht, ob Krankendaten einen Einfluss auf Sprachmerkmale haben. Dabei wurde gezeigt, dass die Variablen „Diagnose dem Patienten bekannt“¹¹⁴ und „Prognose der Erkrankung“ keinen nachweisbaren Unterschied hervorbrachten und die veränderlichen Größen „Gabe von Sedativa“, „Sicherung der Therapie“, „Behandlungserfolg“ und „Anzahl der gleichen stationär behandelten Vorerkrankungen“ keine Befunde lieferten. Hingegen fanden die Autoren, dass der Arzt weniger Fragen stellt, wenn er es mit sehr kranken Patienten zu tun hat. Dies bedingt auch den zahlenmäßigen Rückgang der direkten Fragen und eine Verkürzung der Visitendauer, wenn der Patient nicht über seine Prognose Bescheid weiß. Darüber hinaus wird mit Patienten, welche schon öfters im Krankenhaus waren, länger gesprochen und sie können auch länger die Sprecherrolle übernehmen.¹¹⁵

Außerdem wurde mittels faktorenanalytischer Untersuchungen gezeigt, dass zumeist die Aspekte Patientenorientiertheit des Arztes und Selbstsicherheit des Patienten am wichtigsten sind, um das Verhalten der beiden Partner zu beurteilen. Beim ersten Aspekt gibt es eine starke Beziehung zu objektiv nachweisbaren Spracheigenschaften, wie Redezeiten und die Menge der gestellten Fragen.

Beim zweiten Aspekt gibt es einen Zusammenhang zur Patientenredezeit. So sprechen jüngere weibliche Personen länger als ältere männliche und gelten somit als selbstbewusster.

Ein durchgängiges Muster aller untersuchten Visiten scheint es aufgrund der Studie nicht zu geben, d.h. weder Patientenverhalten noch Ärzteverhalten sind voraussagbar bzw. „mäßig stabil.“¹¹⁶

¹¹³ Vgl. Jährig/Koch (1982), S. 46-48.

¹¹⁴ Vgl. Jährig/Koch (1982), S. 44.

¹¹⁵ Vgl. Jährig/Koch (1982), S. 48-50.

¹¹⁶ Jährig/Koch (1982), S. 55.

[Text eingeben]

Je schlechter allerdings die Prognose für einen Patienten ist, je größer ihre Erfahrungen im Krankenhaus sind und je länger sie ans Bett gebunden sind, desto beständiger sind ihre Interaktionsmuster.

Jährig und Koch halten in ihrer Zusammenfassung fest, dass weder Patienten- noch Arztverhalten unbedingt vorhersagbar und gleichbleibend sind

Hier wird deutlich, daß die Interaktion in einem erheblichen Maß durch situative Faktoren mitbestimmt wird. Als stabilisierend auf das Arztverhalten wirken ungünstige Prognose, lange Liegezeiten sowie die wiederholte Einweisung wegen der gleichen Krankheit.¹¹⁷

und dass sich aus der Unvorhersehbarkeit folgendes ergibt:

Für die ärztliche Ausbildung ist eine Intensivierung der ärztlichen Gesprächsführung zu fordern.¹¹⁸

Diese Studie wurde Anfang der 1980er Jahre durchgeführt und thematisiert bereits zu dieser Zeit die Notwendigkeit einer Gesprächsschulung der Ärzte.

3.1.3 Bliesener: Erzählen unerwünscht.

Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen?

Die Untersuchungen, die Bliesener im Rahmen der erstgenannten Studie machte, bezogen sich auf die sprachlichen Mittel, die Patienten einsetzten, um in der Visite die Sprecherrolle einzunehmen, wobei diese zwanghaft anmutende Beitragsinitiierung des Öfftens zu einer Störung des Gesprächsverlauf führen.

Während der Visite eröffnen sich drei Stufen, welche die Beteiligung des Patienten am Gespräch beschreiben:¹¹⁹

1. Keine Beteiligung des Patienten: In diesem Abschnitt spricht das medizinische Personal miteinander. Beteiligt sind Ärzte, Oberärzte, Chefärzte, aber auch

¹¹⁷ Jährig/Koch (1982), S. 56.

¹¹⁸ Jährig/Koch (1982), S. 56.

¹¹⁹ Vgl. Bliesener (1980), S. 142-143.

[Text eingeben]

Schwestern, Pfleger und Assistenten. In diesem Abschnitt wird dem Patienten die Möglichkeit eines Gesprächsbeitrags genommen. Zum Beispiel durch

Flüstern oder Übertönen, gegenseitiges Ins-Wort-Fallen, verkürzte Ausdrucksweise, Andeutungen, medizinische Fachsprache, unanschauliche Themenbehandlung, Anschneiden neuer Programmpunkte vor Erledigung der alten usw.¹²⁰

2. Selbstinitiierung von Gesprächsbeiträgen oder Versuche, die Sprecherrolle zu behalten: Zur Beschreibung wird die zweite Studie von Bliesener im Anschluss näher erläutert.
3. Fremdwahl durch das medizinische Personal: Der Arzt spricht den Patienten direkt an und übergibt ihm somit die Sprecherrolle. Diese Situation bzw. diese Form erweist sich als besonders konfliktreich, da zwei unterschiedliche Welten aufeinanderprallen, nämlich jene des Arztes, die von der sachlichen Expertenrolle aus agieren, und jene des Patienten, die von ihrem subjektiven Standpunkt aus handeln. Der Patient wird meist versuchen, sich ins Gespräch einzuklinken und diese Versuche beschrieb Bliesener anhand seiner Studie „Erzählen unerwünscht“ genauer.

Zunächst soll auf die zweite Form, in der der Gesprächsbeitrag vom Patienten selbst initiiert wird anhand Blieseners Studie „Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen“ näher eingegangen werden.

Die Möglichkeit für einen Patienten, die Sprecherrolle zu übernehmen, bietet Anreize, sich aktiv darum zu bemühen. Untersuchungen haben ergeben, dass etwa 20% aller Sprechinitiativen vom Patienten stammen und dass gewisse Techniken zum Einsatz gebracht werden, um zu Wort zu kommen.

Bliesener fand heraus, dass sich zwei Arten von Möglichkeiten für die Gesprächsinitiative im Laufe eines Gesprächs ergeben: die „Lancierung“ und die „Plazierung“¹²¹, die mithilfe eines Ausschlussverfahrens ermittelt werden. Handelt es sich nämlich um keine Äußerungen wie Antwort, Rückmeldung oder Gegenzeichnung, die nach einer direkten Anrede durch den Arzt erfolgen, lassen sich Beiträge als Eigeninitiativen des Patienten

¹²⁰ Bliesener (1980), S. 144.

¹²¹ Bliesener (1980), S. 28.

[Text eingeben]

klassifizieren und werden somit als Versuch, die Sprecherrolle zu übernehmen, angesehen.

- Platzierung: Bei dieser Form wartet der Patient geduldig ab, bis ein günstiger Augenblick es ermöglicht, seinen Beitrag zu leisten. Eine genaue Beobachtung und Geduld sind für diese Strategie von großer Wichtigkeit. In einem Gespräch gibt es Vorstellungen, dass es beständig bleibt. Beispiele dafür sind etwa, dass jemand, der über einen gewissen Zeitraum hinweg nicht spricht, weiterhin nicht spricht, dass man zu einem gegenwärtigen Thema Äußerungen machen kann und dass relevante Gesprächsbeiträge nicht übergangen werden können. Eine Missachtung dieser Vorstellungen führt zu stockender Gesprächsführung.

Durch Untersuchungen von Raspe und Siegrist, die Bliesener zur Verfügung standen, konnte er herausfinden, dass Patienten hauptsächlich dann die Sprecherrolle übernehmen können, wenn sie direkt angesprochen werden. Eine fehlende Reaktion auf eine direkte Ansprache hin wäre als Missachtung allgemein gültiger Gesprächsregeln anzusehen. Die Sprecherrolle kann der Patient gleich behalten wenn sie gerade eine Antwort gegeben hat, wenn er sieht, dass das medizinische Personal gerade mit nichts anderem beschäftigt ist und wenn das gegenwärtige Thema mit dem zukünftigen zusammenpasst.

Erinnert man sich zurück an den Auszug des Gesprächs auf S. 31, den Löning untersuchte, kann man zum Beispiel die erste Form – der Patient ergreift die Initiative, da er bereits vom Personal ins Gespräch mit einbezogen wurde – deutlich erkennen: Der Arzt bittet die Patientin sich zu setzen und den Mantel auszuziehen, er bezieht sie also ein, worauf sie mit einer Gegenfrage kontert, ob sie denn heute wieder untersucht werden solle. Er antwortet unbestimmt, mit dem Verb *glauben*, um zum eigentlichen Thema zurückzukommen. In Zeile sieben versucht sie, die Initiative zu übernehmen, um dem Arzt ihre Gedanken und somit subjektiven Empfindungen mitzuteilen. In diesem Fall kann man davon ausgehen, dass die Initiative abgewehrt wurde und glückte. Für diese Barrieren beim Versuch, die Sprecherrolle einzunehmen, gibt es einige mögliche Ursachen:

- Das Personal bezieht den Sprecher trotz des Versuchs nicht ins Gespräch mit ein.

[Text eingeben]

- Die Beteiligung funktioniert zwar kurz, wird aber sofort abgewehrt.
- Die Aufmerksamkeit genügt nicht, um den Themenabschluss zu identifizieren, da zu viele andere Faktoren die Aufmerksamkeit stören und führt zu seiner verpass-ten Chance.
- Der Platz, die Initiative zu ergreifen, ist zwar erkennbar, doch ist er bereits durch andere Tätigkeiten gefüllt.
- Dem gegenwärtigen Gesprächsthema kann nicht gefolgt werden.
- Dem gegenwärtigen Gesprächsthema kann zwar gefolgt werden, doch wäre der Beitrag deplatziert, da er vom ursprünglichen Thema zu weit entfernt ist.

Zwei Drittel aller Initiativen schließen an eine schon bestehende Beteiligung des Patienten an, (...), und über drei Viertel aller Initiativen nehmen das vorausge-hende Thema wieder auf, (...).¹²²

Wird keine dieser Formen der Ergreifung der Gesprächsinitiative angewandt, ist die Chance geringer, Erfolg zu haben und zu Wort zu kommen. Es ist also sehr wichtig, den richtigen Moment abzuwarten, um seine Initiative erfolgreich zu platzieren. Bliesener zeigt ein extremes Beispiel, bei welchem eine schwerkranke Patientin, die den Anschein macht, als könnte sie kaum mehr sprechen, die richti-gen Stellen während der Visite erwischt, um sich ins Gespräch einzuschalten:

- MA: Sie ist, heute morgen beim Spritzen habe ich gemerkt, daß sie ziemlich verwirrt ist.
A1: Jaja, das glaub ich. Da wollen wir mal heute Nachmittag fragen, ob wir doch das Dogmatil mal nehmen.
MA: Was hat sie denn für eine Frequenz?
A1: Hydergin kriegt sie, nicht?
A2: Helfagin
A1: Helfagin. Helfagin. Helfagin, ja
MA: Ne Frequenz von 36
P: ((murmelt unverständlich))

¹²² Bliesener (1980), S. 29-30.

Anmerkungen zu Blieseners Transkription: Doppelklammern mit Inhalt bezeichnen einen Nachtrag der transkribierenden Person; Klammern ohne Inhalt kennzeichnen eine Pause. Sta = Stationsarzt; CA = Chefarzt; OA = Oberarzt; MA = Medizinsassistent; Pf = Pfleger; P = Patient.

[Text eingeben]

A2: Was ist, was ist, Frau X?
P: ((unverständlich))
A1: Die ißt zuwenig, nicht? Setzen wir mal das ((Medikament)) ab.
A2: Ist schon.
A1: Ist schon.
P: ((stöhnt))

Der Patient muss, wie anfangs bereits gesagt, geduldig abwarten, bis sich ihm die Möglichkeit bietet bzw. er den zweiten Weg wählt.

- Lancierung: Die zweite Möglichkeit für den Patienten, die Gesprächsinitiative zu ergreifen, besteht in der Lancierung. Bei dieser Form setzt der Patient konkrete sprachliche Signale, um sich ins Gespräch einzubringen. In einer Visite kommt es oft vor, dass mehrere Personen aus dem medizinischen Umfeld anwesend sind und so kann sich der Patient zunächst durch beipflichtende oder ablehnende Signale bei den anderen wieder in Erinnerung rufen, um danach sein eigentliches Anliegen anzuhängen. Durch dieses Signal ist das medizinische Personal vorgewarnt, dass sich in Folge ein weiterer Teilnehmer im Gespräch befindet.

Ihr Auftreten liegt noch innerhalb der bestehenden Erwartungsgrenzen der Teilnehmer, bewirkt aber das Aufkommen neuer Erwartungen, auf deren Grundlage dann die hauptsächlichliche Äußerung erfolgen kann.¹²³

Bliesener erklärt die in der Studie auftretenden Typen vorbereitender Äußerungen:

- Vorankündigung: Der Sprecher signalisiert, dass er neu im Gespräch ist. Im folgenden Ausschnitt zeigt sich die positive Rückmeldung der Patientin als Form, sich ins Gespräch einzubringen und eine Frage anzuschließen:

StA: Sie steht auf regelmäßig
CA: Ja ist recht. Ist sie nur noch wegen des Delcomar da?
StA: Ja
OA: Ja
Pf: Sie hatte gebrochen ()
CA: Kinder, könnten wir nicht die ganzen Medikamente jetzt mal weglassen.
P: Ja, ich hab's auch schon gedacht
OA: Ja ()
CA: ((zu P)) Bitte?

¹²³ Bliesener (1980), S. 33.

[Text eingeben]

P: Hab auch schon gedacht die ganzen Medikamente.
CA: Also gut
P: Herr Doktor, nur mal kurz: Wann könnt ich denn bald heim?
CA: Morgen.¹²⁴

- Überleitung von Antwort zu Initiative: Der Sprecher ergreift selbst die Initiative, wie folgendes Beispiel zeigt:

A2: Wir sollten noch mal gezielt fragen, wann diese Beschwerden genau eingesetzt haben. ((Auslassung)) Sind sie denn stärker geworden?
P: Wo? Nein. Es ist bei mir folgendes: (...) ¹²⁵

- Direkte Anrede: Der Patient spricht jemanden mit einer Frage oder einer Anrede direkt an?
- „Plebiszit“¹²⁶: Der Patient stört gewollt den Empfänger der Initiative durch Aussagen wie etwa *Dürft ich Sie auch mal was fragen?*
- Einführende Worte: Durch den Einsatz sprachlicher Mittel wie *was ich noch sagen wollte* ..., wird ein neues Thema eingeführt.
- Einführende Worte: Durch den Einsatz sprachlicher Mittel, wie *Ja, also ich denke da folgendes* ..., wird das Thema nochmals auf einen zentralen Punkt gerichtet.
- „Vorfrage“¹²⁷: Bei dieser Form ist die sprecherseitige Bedingung nicht klar:

A2: Es war Ihnen nie mehr schlecht?
P: Nein, nein, nein, ich mein also. Wie meint Frau Doktor?¹²⁸

- Vorsichtige Erkundung: Auch bei dieser Form ist die Bedingung unklar:

A1: Haben Sie den Pflegern sagen können, auf welcher Station Sie in der Nervenklinik waren? ((Auslassung)) Und äh dann weiß man äh,

¹²⁴ Bliesener (1980), S. 33.

¹²⁵ Bliesener (1980), S. 33.

¹²⁶ Bliesener (1980), S. 33.

¹²⁷ Bliesener (1980), S. 34.

¹²⁸ Bliesener (1980), S. 34.

[Text eingeben]

daß es vielleicht eine transfusionsbedingte Hepatitis ist, also Leberentzündung.

P: Ja ja. Ich hab den Namen von der Är Stationsärztin, wenn Sie der interessiert.¹²⁹

Die Studie zeigte auch noch, dass lang vorbereitete Initiativen Gefahr laufen, abgewürgt zu werden, da sie laut Blieseners Vermutung dem Gegenüber die Möglichkeit geben, darauf zu reagieren.

Sowohl die Platzierung als auch die Lancierung legen somit nahe, dass der Arzt verstärkt auf die kommunikativen Bedürfnisse der Patienten eingehen muss, um ein für beide Partner befriedigendes Ergebnis zu erreichen.

Bliesener geht davon aus, dass durch subjektive Empfindungen und dem Wunsch nach baldiger Genesung ein starkes Bedürfnis besteht, seinen Teil der Geschichte beizusteuern. Da Erzählversuche von Patienten in einer Visite in 100 Gesprächen nur etwa sieben bis acht Mal glücken, machte er zu diesem Thema eine eigene Studie, die klären sollte, warum zwar circa ein Drittel aller Initiativen dazu führen, dass kommentiert, hingewiesen, beschrieben und erzählt wird, es aber dennoch zu einem Mangel an kohärenten Darstellungen kommt.¹³⁰

Zunächst gliedert er in Gesprächseinheiten, die einen Sprecher betreffen, genannt individuelle Einheit, und jene, die mehrere Äußerungen verschiedener Sprecher betreffen, genannt transindividuelle Einheiten. Bliesener untersucht die Äußerungen der Ärztin separat von jenen der Patientin, verwendet also die erste Einheit, in der es unterschiedliche Aspekte gibt: erstens den formalen Aspekt, bei dem Beiträge rein der äußeren Form nach eine Einheit bilden. Wenn ein Sprecherwechsel erfolgt, gilt der Beitrag formal betrachtet als beendet. Zweitens den funktionalen Aspekt, bei dem Beiträge eines Sprechers, die einen gleichen kommunikativen Zweck erfüllen, als Einheit – Bliesener nennt es „Zug“ - zusammengefasst werden. Hier unterscheidet er noch zwischen „Serie“, wenn die einzelnen Äußerungen keinem Gesamtplan folgen, sondern schrittweise adaptiert werden, und „Komplex“, wenn sie einem Gesamtplan folgen. Drittens unterscheidet man noch den kausalen Aspekt, der die Veranlassung von Äußerungen beschreibt.¹³¹

Mittels dieser Studie kam er zu dem Ergebnis, dass die Gründe für die Kontroverse klar herauszuarbeiten sind: Es handelt sich nämlich zum einen um den eigentlichen Ge-

¹²⁹ Bliesener (1980), S. 34.

¹³⁰ Vgl Bliesener (1980), S. 142-144.

¹³¹ Vgl Bliesener (1980), S. 147-150.

[Text eingeben]

sprächskonflikt und zum anderen geht er davon aus, dass es einen Konflikt in der Patientin selbst gibt.

Interessant ist die Aufdeckung der Strukturen des Gesprächskonflikts, vor allem wenn man sie mit unserem Alltagsverständnis hinsichtlich der Normen unserer Gespräche reflektiert. Mittels der Analyse der „Initiativen“ der Patientin – diese charakterisiert er im Gegensatz zu den Antworten als Versuche etwas mitzuteilen - konnte gezeigt werden, dass den Erzählversuchen Vorfeldelemente und Ausleitungen fehlen. Vorfeldelemente sind aufbauende Elemente, wie *Dazu würde ich gerne was sagen, Zwei Dinge wollt ich noch bereden, Das wollt ich noch fragen* und dgl. Ausleitungen sind Zusammenfassungen, Wiederholungen und Ähnliches. Die Analyse zeigte, dass die Patientin auf einleitende Signale verzichtete, um der Gefahr entgegenzuwirken, von Beginn an nicht zum Reden zu kommen und sie ausleitende Signale durch Aktivität der Ärztin nicht anbringen konnte.¹³² Des Weiteren bleiben die Bestandteile der Erzählung unvollständig und sind daher im eigentlichen Sinne keine Erzählung, sondern vielmehr Versuche zu erzählen:

Da die Patientin wertend über singuläre, selbsterlebte Episoden aus ihrer Krankengeschichte redet, kann man ohne Bedenken behaupten, dass sie erzählt. Man darf aber nicht so weit gehen, ihre Äußerungen als eine Erzählung aufzufassen.¹³³

Die Analyse zeigt auch, dass es öfters zu wiederholtem Ansetzen von Erzählkomponenten kommt, dass die Patientin übereilig zu neuen Bestandteilen übergeht und unterstützende Phrasen einsetzt.

Bezüglich des Sprecherwechsels konnte er feststellen, dass die Partnerinnen teilweise zur gleichen Zeit sprachen und dass die Patientin das Thema anders entwickelte als die Ärztin.

Die Analyse des Gesamtgesprächs zeigte, dass die Ärztin ihre Initiativen in einer Serie von Einzelschritten produziert. Das heißt, dass sie geleitet wird von ihrem impliziten Wissen, wie klinisches Handeln organisiert ist. Zuerst versucht sie, an die Daten zu kommen, dann wird sie aufgrund ihrer Beobachtungen und Untersuchungen den Zustand beurteilen, danach wird sie über die weiteren Maßnahmen entscheiden und sich zuletzt entscheiden, ob sie die Behandlung selbst durchführt oder die Zuständigkeit ab-

¹³² Vgl. Bliesener (1980), S. 168.

¹³³ Bliesener (1980), S. 167.

[Text eingeben]

gibt. Dieser Gesamtplan, den Patienten zu therapieren, wird in initiativen Äußerungen realisiert. Ihn definiert Bliesener als einen ausgedehnten Zug. Das sprachliche Verhalten der Ärztin, sie erläutert und wiederholt eigene Äußerungen, und blockt auch die Äußerungen der Patientin während einer Denkpause ab, ist dennoch immer wieder durch Improvisationen durchzogen. Deswegen gliedert er das ganze Gespräch in Einzelschritte, die alle als Serie aufgebaut sind. Die Patientin reagiert auf die Initiativen der Ärztin mit passenden Antworten. Dieses Frage-Antwort-Muster, in dem das Ziel der Initiativen dem Ziel der Antworten gleicht, bildet das Schema des Austauschs.

Demgegenüber stehen die Initiativen der Patientin, in denen sie versucht, zu erzählen. Diese Versuche, die Sprecherrolle zu übernehmen, werden durch die Ärztin meist mit minimalen Kommentaren, die kaum passend zu sein scheinen, quittiert. Bliesener ermittelt, dass es sich bei diesem Interaktionsmuster um das Erzählschema handelt. Dazu erklärt er, dass sich das eigentliche Erzählschema nicht mit solchen Fragmenten beschreiben lässt. Man kann aber trotzdem von seinem Vorhandensein ausgehen, da Aussparungen in den Erzählungen durch die besondere kommunikative Konstellation erklärbar sind.¹³⁴

Das Problem liegt nun einerseits darin, dass sowohl das Muster des Austauschs als auch das Muster des Erzählschemas in einem Gespräch zusammentreffen und miteinander rivalisieren, da die Ärztin den Austausch und die Patientin das Erzählschema favorisiert. Bliesener weist aber nicht auf einen prinzipiellen Interessenskonflikt der Partnerinnen hin, sondern auf einen Konflikt innerhalb einer Person, der Patientin. Der Konflikt entsteht dadurch, dass sie zum einen versucht, dem Muster des Austauschs zu folgen, indem sie der Ärztin Antwort gibt, und zum anderen versucht, selbst einiges zu erzählen.

Die beiden Ziele sind nicht per se miteinander unvereinbar, sondern nur deswegen, weil im Krankenhaus der Zweck der Heilung durch ein Verfahren erreicht werden soll, das vom Patienten eine Selbstzensur gegenüber seinem thematischen Bewußtsein verlangt.¹³⁵

Somit muss sich der Patient entscheiden, ob er sich entweder in den institutionellen Rahmen fügt und dem Muster des Austauschs folgt oder ob er sich seinen individuellen Bedürfnissen hingibt und zum Erzählschema hin tendiert.

¹³⁴ Vgl. Bliesener (1980), S. 168-172.

¹³⁵ Bliesener (1980), S. 175.

[Text eingeben]

Mit dieser Studie wurde also gezeigt, dass die Patienten durchaus das Bedürfnis haben, von sich aus zu erzählen, dass diese Versuche aber meist im Sand verlaufen und im Grunde genommen nur den institutionalisierten Ablauf stören.

3.2 Studien der 90er Jahre

3.2.1 Rosumek: Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patienten-Kommunikation

In den vorliegenden theoretischen Beschreibungen wurde oben gezeigt, dass Anfangs- und Endphase durch ritualisierte Sprachhandlungen gekennzeichnet sind. Ziel von Rosumeks Arbeit war es nunmehr solche Rituale auch in der Gesprächsmitte zu beschreiben. Dazu begleitete Rosumek Stationsärzte in zwei verschiedenen Abteilungen einer Universitätsklinik, der internistischen, in welcher die Patienten durchschnittlich 67 Jahre alt waren und der psychosomatisch-internistischen, in der ein Durchschnittsalter von 28 Jahren ermittelt wurde. Außerdem ist zu erwähnen, dass die Mitglieder der psychosomatischen Abteilung eine zusätzliche therapeutische Ausbildung hatten. Zur Analyse wurden vor allem Visiten herangezogen, von denen angenommen wurde, dass sie Sprachrituale beinhalten würden. Zuerst zeigte die Studie, dass die Gespräche in der internistischen Abteilung deutlich kürzer waren, als vorherige Studien als Durchschnitt ermitteln konnten – 1 Minute und 57 Sekunden bzw. 1 Minute und 37 Sekunden im Vergleich zu 3-4 Minuten – und dass der Arzt über 50% der Redezeit für sich beanspruchte. Die Gespräche der psychosomatischen Abteilung hingegen lagen mit einer Dauer von 4 Minuten und 30 Sekunden über dem Durchschnitt.¹³⁶

Ritualisierte Sprachmuster konnten mit Sicherheit in der Anfangsphase festgestellt werden, in der gleich im Anschluss an die direkte Begrüßung eine Frage über den Zustand gestellt wurde. Selten wurde ein Gegengruß abgewartet, doch antwortete der Großteil der Patienten ohne Einspruch auf dieses in normalen Gesprächssituationen als unhöflich geltende Verhalten. In der Visitenbeobachtung konnte gesehen werden, dass weitgehend auf eine ritualisierte Verabschiedung verzichtet wurde. Beide Phänomene lassen sich durch die asymmetrische Beziehung erklären, da zum einen das fehlende Abwarten auf einen Gegengruß geduldet wird und zum anderen der Patient in der Visite kaum als Individuum sondern als Bestandteil eines Kollektivs gesehen wird, von dem man sich am Ende der Visite verabschiedet.¹³⁷

¹³⁶ Vgl. Rosumek (1990), S. 27.

¹³⁷ Vgl. Rosumek (1990), S. 27.

[Text eingeben]

Ein Ritual in der Gesprächsmitte konnte zumindest in der psychosomatischen Abteilung nachgewiesen werden: die Frage nach der Erlaubnis, eine Untersuchung durchführen zu dürfen. Da Berührungen bei allen Menschen einen Eingriff in die Privatsphäre darstellen, stellt eine Frage um Erlaubnis eine stark vertrauensbildende Maßnahme dar. Damit wird dem Patienten signalisiert, dass man den persönlichen Bereich anerkennt und deswegen um Erlaubnis fragt. In der internistischen Abteilung wurde in einem Fall von dreien um Einwilligung gefragt und bei der psychosomatischen wurde jeder Untersuchung eine Einverständnisabfrage vorausgesandt, meist in Form einer Entscheidungsfrage wie *Könnte ich mal ihren Rücken ansehen?*¹³⁸

Die Analyse zeigte dass in der internistischen Abteilung neun Mal ein „Empathie-Ritual“¹³⁹ realisiert wurde, welches einem Ausdruck von Mitgefühl gleicht und die Bereitschaft bekundet, sich in die Einstellung anderer Menschen einzufühlen. Die Phrase *Was wir nicht hoffen wollen* kam in den Gesprächen zweimal vor und bekundet außer dem Mitgefühl auch noch einen Bezug in die Zukunft durch das verwendete Tempus. Die weiteren sieben Male erfolgten ohne Zukunftsperspektive und wurden sprachlich so realisiert: *kann ich verstehen, leider, Ich kann's verstehen, Das ist auch verständlich*. Die psychosomatische Abteilung fällt hier insofern auf, als dass in ihr nur einmal ein empathisches Signal geäußert wurde, *Ja das kann ich gut verstehen*. Erklärbar wird die geringe Anzahl einerseits durch die sprachliche Barriere beim Artikulieren von Mitgefühl und zum anderen damit, dass der Arzt Gefahr läuft, neben einer bestätigenden Äußerung dazu beizutragen, dass der Patient in Selbstmitleid verfällt.¹⁴⁰

Die meisten sprachlichen Rituale, die in den Daten gefunden wurden, dienen somit der Bestätigung der Patienten. In der internistischen Abteilung konnten drei solcher Rituale mit Zukunftsaussicht erfasst werden und 13 in der psychosomatischen. Phrasen wie *Wir fänden das gut* oder *Ja, das glaube ich auch nach wie vor* oder *Gut, dann halten wir ihnen die Daumen* sind vor allem durch den Gebrauch von Personalpronomina und dem Gebrauch von Empfindungsverben als emotional-persönlich zu beurteilen.

Des Weiteren identifiziert Rosumek Rituale in ihrer kritisch-kommentierenden Ausführung, wie *Da müssen Sie überwiegend alleine durch* oder *Das ist der Punkt, denn es wird ja noch viel auf Sie zukommen*. Die Zuordnung dieser Äußerungen zu Ritualen mag umstritten erscheinen, da sie zwar bestätigende Funktion aufweisen, aber aufgrund

¹³⁸ Vgl. Rosumek (1990), S. 32.

¹³⁹ Rosumek (1990), S. 32.

¹⁴⁰ Vgl. Rosumek (1990), S. 32-37.

[Text eingeben]

ihrer teilweise brutal anmutenden Ehrlichkeit keine institutionalisierte Handlung darstellen.¹⁴¹ Bestätigende kommentierende Rituale können aber auch positiv sein, indem der Sprecher etwas Vorteilhaftes oder Günstiges äußert, wie etwa *Dann wär' das ja 'ne gute Sache*.¹⁴²

Öfters traten bestätigende Rituale ohne Zukunftsperspektive auf. Sie waren in der internistischen Abteilung sprachlich vorrangig durch ein einfaches *Gut* gekennzeichnet, in der psychosomatischen Abteilung aber auch durch längere Sätze wie *Das macht Ihnen doch wahrscheinlich viel aus?* Die zweite Aussage stellt einen individuellen Bezug her und Rosumek vermutet einen positiveren Effekt für die Patienten. Ein sehr gutes Beispiel für ein bestätigendes Ritual, in dem der Arzt eine große Rollentoleranz aufweist, konnte in diesen Aufzeichnungen der psychosomatischen Abteilung gefunden werden: *Ja, Sie sind da der Experte*¹⁴³

Als letztes Ritual fand sie jene, die eine Unsicherheit des Arztes ausdrückten, wie etwa *Müssen wir mal sehen*. Implizit wird damit signalisiert, dass man nicht genau weiß, was jetzt weiter passiert. Direkt im Gespräch konnten einige Signale entdeckt werden, außerhalb der verbalen Möglichkeiten, die dazu beitrugen, die Rituale als Unsicherheitsbekundung zu enttarnen. Zum einen waren dies das Räuspern, oder das Senken der Stimme und zum anderen waren dies längere Pausen, die nicht als „gap“ interpretiert werden konnten, Abbrüche in einem Satz und der Einsatz von Abtönungspartikeln.¹⁴⁴

Die Studie überprüfte auch, ob es Techniken gab, die das asymmetrische Beziehungskonstrukt verstärkten und Ausdruck von Bedenken signalisierten. Sie konnte zeigen, dass die Ärzte der internistischen Abteilung vier Mal einen Themenwechsel vollzogen und auch eine Mitteilung funktionaler Unsicherheit erfolgte.

Die Rituale mit Zukunftsperspektive, vor allem die bestätigenden, erweisen sich als besonders sinnvoll, wenn es darum geht, dass der Patient versteht, dass es einen Zusammenhang zwischen seiner gegenwärtigen Situation und den Symptomen gibt. Kritisch-kommentierende Rituale sind auch ein guter Weg, dem Patienten einen sachlichen Ausblick zu liefern und ihn nicht nur durch Schönreden zu beruhigen und sie damit als mündig anzuerkennen. Beide wurden vorrangig in der internistischen Abteilung, deren Personal gesprächstechnisch besser ausgebildet zu sein schien, gefunden. Anzustreben sind des Weiteren Gespräche, in denen man Unsicherheitsrituale verbalisiert anstatt

¹⁴¹ Vgl. Rosumek (1990), S. 32-37.

¹⁴² Rosumek (1990), S. 32-36.

¹⁴³ Rosumek (1990), S. 32-36.

¹⁴⁴ Rosumek (1990), S. 32-36.

[Text eingeben]

sprachlich auf das asymmetrische Verhältnis zu verweisen. Dabei sind die aktiven Formen, die in der internistischen Abteilung gefunden wurden, den passiven vorzuziehen. Somit gelten bestimmte sprachliche Rituale in der Arzt-Patienten-Kommunikation als vertrauensbildend, aber

Anstelle von Ritualen jedoch stereotype Floskeln zu verwenden, die keine individuelle Stellungnahme enthalten, sich nicht auf das vorher Geäußerte beziehen und nur dem Vermeiden von unangenehmen Pausen dienen, ist abzulehnen, da ihre Wirkung auf den Patienten mit Sicherheit eine negative ist.¹⁴⁵

3.2.2 Hartog: Das Schweigen der Experten und das Schweigen der Laien

In ihren Untersuchungen versuchte Hartog die Phasen des Schweigens von Ärzten und Patienten, welche ein wichtiges Element in einem Gespräch sein können, als Divergenzen, zwischen den Gesprächspartnern zu erklären, entstanden durch das Aufeinanderprallen zweier Welten. Dazu erforschte sie 37 genetische Beratungsgespräche und verglich ihre Ergebnisse mit psychotherapeutischen Erstinterviews, um die allgemeine Gültigkeit zu überprüfen.

Das Schweigen ist immer an einen gewissen Zusammenhang gebunden und ist nur in diesem zu analysieren.

Es erhält seine Bedeutung vollständig aus dem je vorausgehenden und folgenden Kontext und verleiht – als konstituierte und konstituierende Struktur – diesem auch seinerseits Bedeutung.¹⁴⁶

Das Schweigen der Experten ist ein anderes als jenes der Laien, wobei beide sie als Mittel der Rhythmusänderung gebrauchen können, nur mit anderen Funktionen.

Anhand ihrer Untersuchungen kam sie zu dem Ergebnis, dass Ärzte zwei Arten von Pausen verwendeten, die mit anderen Mitteln verknüpft waren:

¹⁴⁵ Rosumek (1990), S. 37.

¹⁴⁶ Hartog (1990), S: 125.

[Text eingeben]

- Als Signal eines Übergangs zwischen Aktivitäten: ¹⁴⁷

P: und da haben wir lediglich noch was vom Krankenhaus, wo Sie eventuell noch +p+ was erfahren könnten. +p+
A/B: ja, hab ich da
P: haben Sie?
A/B: ja +p+ ä:h +p+ die Spalte war bei Ihnen +p+ einseitig?

Dieses Gespräch zeigt zum einen eine Pause in der dritten Zeile, die vom Berater dazu benutzt wird, in seinen Unterlagen nachzusehen, und stellt eine Randaktivität dar, die mit dem *ja* in Zeile 6 beendet wird. Das folgende *äh* ist bereits als ein solches Signal zu sehen, da es den Übergang zum eigentlichen Beratungsgespräch einleitet und als Verzögerungstaktik, um die Rolle des Sprechenden zu behalten und „turn-holder“ klassifiziert wird. Es ließ sich auch eine Rhythmusänderung in der sechsten Zeile nachweisen, in der die Bedeutung der sprachlichen Botschaft durch Pausen unterstrichen wird.

Ein anderes Beispiel zeigte den Einsatz solcher Pausen, um wieder zum eigentlichen Thema zurückzukehren. Dazu setzte der Berater Pausen, um den Patienten vor allem durch unrhythmisches Sprechen wieder auf das Eigentliche zu fokussieren: *ja ja; ich versteh das, und +p+ ä: +p+ ich mein die +p+ Voraussetzungen wären HEUTE natürlich Noch besser als das:: +p+ wie's für SIE abgelaufen ist +p+.*¹⁴⁸ Zuerst erfolgte eine Verständniserklärung, die als Abschluss zu interpretieren wäre und dann folgte die nächste Aktivität, die durch prosodische und lexikalische Mittel sehr stockend wirkt.

Auch das letzte Beispiel zeigt zum einen der Verstärkung der Expertenrolle und zum anderen den Übergang zum Essentiellen:¹⁴⁹

P: ist das eigentlich üblich, daß Gaumen Spalten Hasenscharte und +p+ und die Nase da +p+ so +p+ na so'n bissel zerdescht daß zusammen auftritt?
A/B: ja.
P: das ist üblich?
A/B: das ist eine +p+ Einheit

¹⁴⁷ Hartog (1990), S: 127.

¹⁴⁸ Hartog (1990), S: 128.

¹⁴⁹ Hartog (1990), S: 129.

Anmerkungen zur Transkription: Nummer am Rand bezeichnen die Zeilenzahl der Transkription; +p+ kennzeichnet eine Pause; A/B = Arzt/Berater; P = Patient.

Durch die Pause vor *Einheit* wird ein Übergang signalisiert und es handelt sich auch um einen Fachbegriff, was zeigt, dass die Grenzen zwischen beiden Arten wohl nicht so scharf zu trennen sind.¹⁵⁰ Anhand der Analyseergebnisse der genetischen Beratungsgespräche im Vergleich mit den Analyseergebnissen der psychotherapeutischen Erstinterviews konnte sie feststellen, dass Pausen als Markierung für den Übergang von einer Aktivität zur nächsten, meist zum Kern des Gesprächs, eingesetzt werden.¹⁵¹

- Pausen dienen als Einleitung von Fachwörtern oder theoretischen Wortbedeutungen:

Dieser Einsatz des Schweigens bzw. einer Pause verleiht dem danach geäußerten Begriff eine besondere Bedeutung und festigt die Rolle des Beraters. Aus einer Fülle an möglichen Wörtern wird genau dieses ausgesucht und muss somit von der Alltagssprache abgegrenzt werden.

Das manifeste Verweilen in einem lexikalischen Suchparadigma zeigt den Selektionsprozeß, der sich von der umgangssprachlichen mangelnden Präzision der Wortwahl abhebt, und das Bestehen des Experten auf dem angemessenen ‚mot juste‘.¹⁵²

Es zeigte sich, dass auch die Patienten vor Fachtermini Pausen platzierten, aber nicht aus demselben Grund. Durch die Pause entstand ein Bruch, der zusammen mit der besonderen Artikulation dazu führte, dass die Wörter als „geliehen“ erschienen. Durch die Pause wurde also nach dem Wort gesucht, aber eher in zitierender Weise – es wird in den vergangenen Äußerungen der Experten gesucht – und die Betonung macht deutlich, dass der Ausdruck möglicherweise zu reparieren sein wird, da man nicht so genau Bescheid weiß, wie eben der Experte.¹⁵³

Bei den Laien bzw. in diesem Fall bei den Patienten erschien das Schweigen in Kombination mit bestimmten Mitteln, wie Selbstunterbrechung und -korrektur, Abtönungspartikeln, Modalverben, Hesitationsphänomenen, Ausdrücken von Vagheit und zitierender Sprachverwendung.

¹⁵⁰ Vlg. Hartog (1990), S: 131.

¹⁵¹ Vlg. Hartog (1990), S: 125-130.

¹⁵² Hartog (1990), S: 131.

¹⁵³ Hartog (1990), S: 131.

[Text eingeben]

Während des Gesprächs werden ständig sprachliche Mittel verwendet, die den Laiencharakter definieren, doch meinte Hartog, dass die Verwendung noch dem Zweck diene, mit lebensnahen Darstellungen subjektiver Erfahrungen die Unterschiede der Welt des Experten zu der des Laien zu zeigen.

Diese Datenauswertungen brachten sie zum Ergebnis, dass es zwei Arten von Schweigen gebe: zum einen jenes des Expertencharakters und zum anderen jenes des Laiencharakters, die jeweils durch verschiedene Kombinationen der Pausen mit anderen sprachlichen Mitteln konstituiert wurden. Die Pausen verleihen den Aussagen des Experten eine gewisse Wichtigkeit und bestätigen ihn als solchen in seiner Kompetenz. Den Aussagen des Laien verleiht das Schweigen eine gewisse Unsicherheit und bestätigt auch den Laien als solchen, da damit mangelnde Kompetenz gezeigt wird.

3.3 Studie aus dem Jahre 2007:

Nowak: Eine Systematik des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschung zu deutschspra- chigen Arzt-Patient-Interaktionen

Da Nowak zu der Ansicht gelangte, dass die bisherigen Studien in Hinblick auf den Einsatz der Methoden eher selektiv agierten und sie bisher auch nicht übergreifend analysiert wurden, beschloss er die neuen Erkenntnisse der Synthesemethodik anzuwenden und einen ersten Schritt in Richtung der Zusammenfassung mehrerer Studien zu machen. Er leistete damit Pionierarbeit, da bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Forscher und keine Forscherin die Methoden der Synthese auf die Diskursforschung angewandt hatte. Eine genaue Beschreibung seiner Methoden würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und soll daher nur kurz skizziert werden. Zuerst machte Nowak sich einen Gesamtüberblick über den Forschungsgegenstand und begann Forschungsfragen zu formulieren. Als zweiter Schritt folgte eine Literaturrecherche mit der Auswahl von 12 Primärstudien, die nach ihrer Anwendbarkeit auf die methodischen Verfahren selektiert wurden. Danach musste jede dieser Studien einzeln analysiert werden, um im vierten Schritt die Ergebnisse bzw. die Analysen mithilfe einer Metamatrix zusammenzuführen, sodass der letzte Schritt aus einer „Weiterentwicklung der Metamatrix in eine kognitive Landkarte der Ergebnisse“ bestand.¹⁵⁴ Die Studien, die er für die Synthese benutzte, waren:¹⁵⁵

1. Raspe, Hans-Heinrich; Siegrist, Johannes (1979): Zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung im stationären Bereich.
2. Bliesener, Thomas (1982): Konfliktaustragung in einer schwierigen „therapeutischen“ Visite.
3. Quastoff, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen.

¹⁵⁴ Vgl. Nowak (2007), S. 56-57.

¹⁵⁵ Nowak (2007), S. 66.

[Text eingeben]

4. Löning, Petra (1993): Psychische Betreuung als kommunikatives Problem. Elizierte Schilderung des Befindens und ‚ärztliches Zuhören‘ in der onkologischen Facharztpraxis.
5. Wimmer, Helga (1993): Information und Beratung von Krebspatienten im Krankenhaus. Voraussetzungen und Möglichkeiten von Patienten im Gespräch mit dem Arzt.
6. Brüner, Gisela; Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation.
7. Meyer, Bernd (2000b): Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht.
8. Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung.
9. Gülich, Elisabeth (2005): Krankheitserzählungen.
10. Menz, Florian; Lalouschek, Johanna (2005): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz.
11. Spranz-Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration.
12. Lalouschek, Johanna (2005b): Medizinische Konzepte ärztlicher Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese.

[Text eingeben]

Zunächst listet er alle Gesprächstypen der Arzt-Patienten-Interaktion auf, die Anamnese bzw. das Erstgespräch, das Visitengespräch bzw. das Gespräch während eines Hausbesuchs, das Aufklärungsgespräch, das Befundgespräch, das Entlassungsgespräch und das Folgegespräch bzw. Zweitgespräch und stellt diese in Bezug zu Gesprächskomponenten. Aus den neun Gesprächskomponenten ließen sich 48 Handlungstypen und 140 Einzelhandlungen ableiten, von denen im Folgenden die Gesprächskomponenten und die Handlungstypen anhand von Beispielen - jeweils in Klammer mit dem Autor der jeweiligen Studie – und deren Wirkungen auf die Patienten dargestellt werden:

- **Gesprächseröffnung:**¹⁵⁶

- Begrüßung: Eine allgemeine Grußformel wird idealerweise durch Blickkontakt begleitet. (Lalouschek 2004)
- Vorstellung: *Mein Name ist XX, ich bin Medizinstudent (...)* oder aber *So Herr XY also unterhalten wir uns schön*. Erfolgt keine Vorstellung werden unilaterale Interaktionsbedingungen hergestellt. (Lalouschek 2004 und 2005b)
- Situierung: Ein im Sitzen geführtes Gespräch mit dem Körper dem Patienten zugewandt, vermittelt einen gesprächsbereiten Eindruck. Ausdrücke wie *Setzen Sie sich mal (...)* geben dem Patienten eine erste Orientierung. Auch nonverbales Verhalten im Sinne von Unterlagen ordnen, werden in diese Kategorie gerechnet. (Spranz-Fogasy und Lalouschek 2005b)
- Gemeinsame Orientierung über den Gesprächsverlauf: Durch eine vollständige Orientierung, wie *ich hab / wir ham ne dreiviertel / gute dreiviertel Stunde Zeit für das Gespräch – und ich mach es gerne so dass ich mir erst mal erzählen lasse mit welchen – Konflikt oder Problem sie kommen – und dass ich dann auch – die Fragen ergänze – wo mir auch dann Informationen fehlen ja* wird mehr Klarheit geschaffen. Eine gemeinsame Orientierung begünstigt passende Schilderungen und Antworten durch die Möglichkeit, diese vorweg zu planen und führt zu einer vertrauensbildenden Situation. Durch das Fehlen oder das missverständliche Ausdrücken einer Orientierung, wie *So Herr XY also unterhalten wir uns schön*, wird der Patient in eine passive Rolle gedrängt oder der Interaktionsprozess wird be-

¹⁵⁶ Vgl. Nowak (2007), S. 295-302.

[Text eingeben]

hindert, wodurch kaum eine vertrauensbildende Basis entstehen kann. (Lalouschek 2004 und 2005b)

- Prinzipielle Nachfragemöglichkeit: *Wenn sie etwas genauer wissen wollen, Ihnen etwas unklar ist, können Sie mich gerne fragen.* (Lalouschek 2004)
- Abschluss der Präliminarien: *so, na* als Markierung, dass man nun zum eigentlichen Gespräch kommen wird.

- **Eröffnungsinitiative:**¹⁵⁷

- Eröffnungsfrage: Der Arzt hat die Möglichkeit, eine Entscheidungsfrage zu stellen, wie *gibt's irgendwas neues heute oder äh – kommen sie wegen der alten Sache ne* oder *Tja [räuspert sich] dir geht's nicht so gut?*, die zu einer Umorientierung durch den Patienten führen kann oder dem Gegenüber signalisieren kann, dass er weiß worum es geht und Details wissen will (Spranz-Fogasy 2005 und Bliesener 1982). Es kann auch eine inhaltliche Frage gestellt werden, die den Patienten in eine passive Rolle drängt oder zu weiteren Erzählungen anregt, wie *Was haben Sie denn für Beschwerden?* (Spranz-Fogasy 2005) Ebenfalls in diese Kategorie fallen Fragen, die inhaltlich offen sind und zum Antworten anregen, wie *Was kann ich für Sie tun?* (Spranz-Fogasy 2005)
- Erzählaufforderung: Der Arzt hat die Möglichkeit, offen zum Erzählen aufzufordern, wie *Nun erzählen Sie mal!* (Spranz-Fogasy 2005), und bietet eine inhaltlich offene Antwortmöglichkeit, die dem Patienten die Sprecherrolle übergibt und so zu ausführlichen Darstellungen anregen kann. Er kann auch implizit zum Sprechen auffordern, mit Wendungen wie *Na, Frau XY.* (Spranz-Fogasy 2005)
- „Sich-zur-Verfügung-stellen“: Durch nonverbale Mittel wird ein Signal gesetzt, welches den Patienten dazu anhält zu sprechen.

¹⁵⁷ Vgl. Nowak (2007), S. 303-306.

- **„Zuhören“ und „Nicht-Zuhören“**¹⁵⁸ ist eine der wichtigsten Komponenten des Gesprächs, da durch aktives Zuhören eine Situation geschaffen werden kann, die Erzählungen anregt und Verständnis sichert.
- Raum und Zeit geben: Der Arzt kann Raum und Zeit für Patienteninitiativen lassen, was dazu führen kann, dass der Patient zu erzählen beginnt und Zusammenhänge schildert, die zur Angstreduktion, Reduzierung von Missverständnissen und Entscheidungsfindung positiv beitragen können, wie *Jetzt erzählen Sie einmal bitte, wie es Ihnen geht!* (Löning, 1993). Der Arzt kann aber auch Raum und Zeit geben, sodass die begonnenen Äußerungen des Patienten beendet werden können.
- Ermutigung zum Weitersprechen: Diese Methode übergibt die Sprecherrolle an den Patienten und kann zu detailreichen Erzählungen führen.
- Rückmeldesignale: Diese verbalen Signale können begleitend und unterstützend sein und zeigen, dass Zeit für die Ausführungen des Patienten ist und dass er die Sprecherrolle inne hat. Sie können aber auch empathisch sein und signalisieren dann Einfühlungsvermögen. Darüber hinaus dienen sie als Zeichen von Aufmerksamkeit oder können als Gliederungssignal eingesetzt werden. Dahingehend sind zu früh gesprochene Hörsignale und antizipierende Rückmeldungen meist irritierend und signalisieren Eile.
- Begleitende und bewertende Kommentare: Diese Äußerungen können die Äußerungen des Patienten aufwerten und als Signal der Ernsthaftigkeit der Symptome gesehen werden und somit die Beziehung der beiden Interaktionspartner positiv beeinflussen. Sie können aber auch das Gesagte abwerten, was zu einem negativen Einfluss führt, z.B. *Dir muss man sehr viel aus der Nase ziehen*. Darüber hinaus können sie Einschätzungen formulieren, die das Gespräch in eine bestimmte Richtung lenken und einen Sprecherwechsel vorbereiten. Sie können falsch platziert sein oder gar inhaltlich falsch, wodurch signalisiert wird, dass der Arzt nicht ganz bei der Sache ist oder dass ein Themenwechsel angestrebt wird. Schließlich können die Äußerungen auch intransparent sein und damit irritierend für den Patienten sein. (Bliesener 1982)
- Nachfragen: Diese Fragen können aus Präzisionsgründen gestellt werden, sodass ein tieferes Verständnis hergestellt wird. Die Aufmerksamkeit des Arztes wird signalisiert und dem Patienten durch eine kurze Unterbrechung Unterstützung an-

¹⁵⁸ Vgl. Nowak (2007), S. 310-337.

gedeutet, wie zum Beispiel *Können Sie mir dieses Gefühl noch genauer beschreiben?* Es kann auch in Form von wissensgeleiteten Vervollständigungsfragen nachgefragt werden, was allerdings eine starke Dominanz des Arztes signalisiert und nur beschränkte Antwortmöglichkeiten zulässt. Manche dieser Fragen beziehen sich nicht auf die vorhergehende Äußerung des Patienten, was irritierend und kritisch aufgefasst werden kann, oder sie fungieren als abschließende Komplettierung, um noch weitere Informationen einzuholen. Das Nachfragen kann auch als Angebot einer Symptombenennung dargestellt werden, oder es werden rasche Fragen nach Ursache und Wirkung gestellt. Werden überhaupt keine Fragen zum Patienten oder zu den Beiträgen gestellt, kann das zu einer Störung der Beziehung der Partner führen.

- Verstehenssicherung: Durch Äußerungen versucht der Arzt, sich das Verständnis des Patienten zu sichern und gibt ihm damit die Möglichkeit, Korrekturen vorzunehmen. Dies kann durch das Wiederholen von Beiträgen des Patienten geschehen, durch Distanzierung zu den subjektiven und emotionalen Beiträgen, oder durch das Nachfragen von Details, wodurch Missverständnisse eliminiert werden können. Weitere Möglichkeiten der Verstehenssicherung stellen die Erstellung einer Zusammenfassung oder die direkte Rückmeldung eines Verständnisproblems dar.
- Unterbrechungen: Durch Unterbrechungen des Arztes werden die Beiträge des Patienten gestört, was dazu führen kann, dass die Äußerungen unvollständig bleiben.
- Zurückweisen von Patienteninitiativen: Dieses Phänomen wird als negatives beschrieben, da es den Patienten entmutigt, eigene Initiativen zu äußern und somit die Kommunikation wesentlich stört. Der Arzt ignoriert den Patienten oder quittiert dessen Initiativen mit Floskeln. Auch ein Themen- oder Adressatenwechsel sowie ein Beziehungskommentar können einer Zurückweisung der Initiative dienen. Es konnte auch gezeigt werden, dass Ärzte die Reglementierung dazu benutzen Beiträge zu unterbinden. Auch das Vortäuschen von Unwissenheit, das Äußern abgebrochener Antworten, das Ankündigen zukünftiger Antworten und die Einbeziehung von dritten Personen können Patienteninitiativen unterbinden. (Raspe, Siegrist 1979)

[Text eingeben]

- Transformation von Patienteninitiativen in eine Arztinitiative: Der Arzt schafft es, die Äußerung des Patienten so zu wenden, dass er wieder der dominante Part ist, was dazu führt, dass die Wichtigkeit der Patienteninitiative herabgesetzt wird.
- Patienteninitiativen verhindern: Der Sprecherwechsel kann eine Vielzahl an Möglichkeiten bieten, eine Initiative zu verhindern, wie zum Beispiel durch schwach markierte Zäsuren oder kurze bis gar keine Pausen. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass Initiativen durch das unverständliche Sprechen des Arztes mit anderem medizinischen Personal verhindert werden, oder dass der Patient gar nicht angesprochen wird.
- **Informationen erfragen**¹⁵⁹: Im Unterschied zur Gesprächskomponente „Zuhören“ geht diese Komponente davon aus, dass der Arzt nicht dem Patienten die Sprecherrolle überlässt und auf Initiativen eingehen muss, sondern die Initiative selbst ergreift.
- Offene Fragen: Diese Form bietet dem Patienten Spielraum und eine unbestimmte Anzahl von Möglichkeiten, wie zum Beispiel *wie ist denn das passiert* oder *können Sie sich da noch erinnern wie das genau angefangen hat*. (Spranz-Fogasy 2005; Lalouschek 2005b)
- Unterstützende Erzählaufforderung: Dieser Handlungstyp signalisiert dem Patienten, dass der Arzt eine subjektiv verbale Darstellung wünscht.
- Geschlossene Fragen: Diese Fragen weisen dem Patienten eine passive Rolle zu, in der er bloß Antworten geben muss. Es werden hier entweder Fragen zu den Symptomen gestellt, oder Alternativfragen, wodurch Erzählungen verhindert werden, wie *und wo? Rechts oder links?* Zu den geschlossenen Fragen zählen auch Entscheidungsfragen, wie *gibt's in der Familie irgendwelche auffälligen Krankheiten?*, Fragen mit vordefinierten Antwortmöglichkeiten, gestaffelte geschlossene Fragen, oder Trichterfragen. (Lalouschek 2004 und 2005b)
- Indirekte Fragen: Durch diese Art erhält der Patient die Sprecherrolle.
- Suggestivfragen: Erwünschte Antworten werden in der Frage vorgegeben und führen möglicherweise zu falschen Antworten

¹⁵⁹ Vgl. Nowak (2007), S. 338-346.

[Text eingeben]

- „Routinemäßiges Fragen“: Diese Form erschwert das Antworten.
- Diffuse und verwirrende Frageformulierung: Auch diese Form macht ein Antworten schwer und verwirrt noch dazu den Patienten.
- Klare Standardfragen: Routinierte Ärzte verwenden gut verständliche Standardformulierungen.

- **Orientierung im Gespräch geben**¹⁶⁰: Diese Komponente ist wichtig für die Erwartungen der Partner.
 - Gesprächsbeginn: Dies wurde bereits oben ausführlich beschrieben
 - Lokal bei Gesprächsabschnitten: Der Arzt hat eine Vielzahl an Möglichkeiten, dem Patienten in einem Gespräch lokal Orientierung anzubieten. Mangelnde Orientierungshandlungen können dazu führen, dass die Beiträge der Partner nicht genügend Bezug aufeinander nehmen können.
 - Ausschluss des Patienten aus dem Gespräch: Diese Art wurde in keiner der Primärstudien gefunden und wird aus diesem Grund hier nicht näher ausgeführt.
 - Gesprächsende: Dies wurde ebenfalls oben ausführlich beschrieben.

- **Information geben, anleiten, beraten**¹⁶¹:

Ohne Wissen über das Krankheitsverständnis, das gesundheitsbezogene Wissen und über das Lebensumfeld des Patienten/der Patientin wird die gegebene Information wenig Verständnis und wenig Zustimmung finden.¹⁶²

- Detaillierte, frühe Information geben: Dies führt dazu, dass der Patient nur kurz unwissend ist und die Informationen gut verarbeitet.
- Keine „bad news“ geben: Dieser Typ kann dazu führen, dass der Patient durch Unwissenheit nicht Bescheid weiß und sich nicht auf die Behandlungen und seine Krankheit einstellen kann. Dies kann durch Meiden des Patienten geschehen, durch Lenkung des Gesprächs auf den Heilungsverlauf und die Behandlungs-

¹⁶⁰ Vgl. Nowak (2007), S. 347-351.

¹⁶¹ Vgl. Nowak (2007), S. 352-369.

¹⁶² Nowak (2007), S. 352.

schritte, oder durch Vortäuschen von Nichtwissen um die Untersuchungsergebnisse, wie zum Beispiel *es ist - noch nicht, histologisch noch nicht ganz -fix, was es ist*. In diese Kategorie fallen auch die Ankündigung zukünftiger Antworten statt dem Geben von Informationen, das selektive Antworten auf Fragen die positive Rückmeldungen erlauben, allgemein formulierte positive Prognosen oder das Herunterspielen der Ernsthaftigkeit einer Diagnose. Dies kann auch durch das Eingehen auf die Diagnose in Nebensätzen oder durch undeutliches und schnelles Sprechen geschehen. (Wimmer 1993)

- Erklärungen: Dieser Typ kann lang und komplex oder kurz sein. Er kann eine Orientierung geben, die eine Basis für Patientenentscheidungen bilden kann.
- Ankündigungen zukünftiger Handlungen: Dieser Typ kann zum einen eine zeitliche Orientierung geben, eine Handlungsorientierung bieten, oder das Ziel ausrichten.
- Handlungsanleitungen: Der Arzt kann durch verbale Äußerungen zu Handlungen oder mentalen Verarbeitungsprozessen des Gesagten anleiten.
- Implizite Bewertungen der Information: Diese kann zum einen in Form einer institutionellen Sprecherdeixis durch den Gebrauch des „wir“ erfolgen. Ein Beispiel hierfür wäre *und deshalb wollen wir diese Untersuchung nochmal wiederholen*. Auch die „Sammelpause“ nach einer Patientenfrage zur Diagnose fällt in diese Kategorie. (Meyer 2000b)
- Veranschaulichungsverfahren: Hierbei handelt es sich um ein interaktives Verfahren, um schwierige Sachverhalte darzustellen. Der Arzt kann Metaphern, Vergleiche oder Analogien einsetzen, oder er kann Beispiele und Konkretisierungen äußern, wodurch eventuell ein Alltagsbezug hergestellt werden kann. Auch Szenarien und Beispielerzählungen können zur Veranschaulichung herangezogen werden.
- Indirektes Bewusstmachen von Problemen: Für diesen kann der Arzt entweder dem Patienten eine Frage stellen, die die gegenwärtige Situation und eventuelle Motive ins Bewusstsein ruft, oder das Patientenverhalten generalisieren, wie zum Beispiel *Es ist ja auffallend, dass, wann immer wir mit irgendwas kommen, mit der Spritze oder so, Dir sofort schlecht wir*. Auch die ärztliche Interpretation eines Widerstands von Seiten des Patienten zählt zur indirekten Bewusstmachung.

[Text eingeben]

- Verwendung von Fachjargon: Durch den Einsatz von Fachtermini und Fachlexik kann den Patienten Information gegeben werden.
- Informationen an anwesende Dritte geben: Der Arzt gibt die Informationen an andere Personen weiter und drängt den Patienten dadurch in eine passive Rolle. Dadurch können möglicherweise Missverständnisse erzeugt werden.
- Monitoren – „Checking“: Durch eine offene Frage, wie *Haben Sie dazu noch Fragen, zu der Magenspiegelung?*, kann nachgeprüft werden, ob noch Aufklärungsbedarf besteht.

- **Gemeinsame Planung und Entscheidung**¹⁶³: Diese Komponente lässt sich gut anwenden, um verbale Muster und Mittel den drei Modellen der Arzt-Patient-Kommunikation zuzuordnen (siehe S. 18)
 - Entscheidungen treffen: Der Arzt kann die Entscheidung selbst treffen, die Entscheidung kann durch Gewinnung relevanter Daten im Diskurs vorbereitet werden, oder die Entscheidung kann durch die Bewertung der erhaltenen Informationen durch den Patienten getroffen werden.
 - Zurückweisung einer Bitte des Patienten: Die Zurückweisung kann aufgrund der Äußerung medizinischer Argumente geschehen oder durch Hinterfragen der Motive des Patientin, wie zum Beispiel durch *Du meinst, daß es auf einer anderen Station besser wär mit dem Essa?*

- **Gesprächsende**:¹⁶⁴
 - Zusammenfassung des Gesprächs: Alle im Gespräch behandelten Sachverhalte werden am Ende zusammengefasst.
 - Abschließende Nachfragemöglichkeit: Hier wird dem Patienten die Möglichkeit gegeben, noch etwas zu erfahren.
 - Orientierung über zukünftige Schritte: Es wird ein Ausblick geäußert.

¹⁶³ Vgl. Nowak (2007), S. 370-375.

¹⁶⁴ Vgl. Nowak (2007), S. 376-378.

[Text eingeben]

- Explizite Formulierung des Gesprächsabschlusses: Sätze wie *dann schau ich nochmal, ob ich irgendwas wichtiges vergessen habe? Ne dann würden wir jetzt eigentlich weitermachen mit der Untersuchung* verhindern die eigenständige Rollenübernahme durch den Patienten.

- **Körperliche Untersuchung:**¹⁶⁵ Da Nowak kein Datenmaterial zu dieser Komponente in den Primärstudien fand und auch einen Mangel an Untersuchungen zu dieser Komponente in der deutschsprachigen Literatur im Allgemeinen feststellte, soll diese Komponente hier nur zu Vollständigkeitszwecken angeführt werden.

Anzumerken ist, dass Nowak im Anschluss an die Aufdeckung sprachlicher Merkmale auch die Qualität der jeweiligen Studie einschätzte.

Nowaks Metastudie kommt auch durch den Umstand, dass es sich um keine weitere Literaturübersicht handelt, sondern eben um eine Studie, die mehrere Einzelstudien vereint, besondere Bedeutung zu. Er schließt sein Werk mit einer Diskussion über die Vorteile, die eine solche Vorgehensweise bringen kann, ab und erstellt zukünftige Szenarien, die eine solche Methode bieten kann. Er weist auch darauf hin, dass er Pionierarbeit geleistet habe und weitere Forschungsschwerpunkte mit dieser Methode gesetzt werden können und sollen.

¹⁶⁵ Vgl. Nowak (2007), S. 379.

3.4 Kritische Hinterfragung der Studien

Bisher konnte gezeigt werden, dass sich der Großteil der Studien und Literatur zum Thema Arzt-Patienten-Interaktion auf einzelne Phänomene und zum Großteil auf objektiv messbare Variablen, wie etwa die Fragequalität, die Länge der Gespräche oder den Sprecherwechsel, beschränkten. Von Beginn der Forschung bis zum heutigen Tage sind mehr als 500 Studien gemacht worden.

Bis zur Jahrtausendwende wurden einige hundert Studien zum Thema Arzt-Patienten-Gespräch verfasst. Zunächst soll nun auf die oben angeführten Studien und Forschungen näher eingegangen werden. Sie werden hinsichtlich des Einsatzes der Forschungsmethoden und ihrer linguistischen Verwertbarkeit überprüft.

Zunächst möchten wir auf bestimmte Kriterien eingehen, die erfüllt sein sollten, um eine Interpretation zu ermöglichen, und diese skizzieren. Dazu wurden einerseits Teile der von Dixon-Woods, Shaw et al. vorgeschlagenen Kriterien und zum anderen jene von Bortz und Döring aus dem Bereich der Forschung für Sozial- und Humanwissenschaftler angewandt.

Die Sprachwissenschaft hat sich bekanntlich auf die Analyse von sprachlichen Daten spezialisiert. Die Gesprächsanalyse, die essentiell für die Untersuchung der Interaktion zwischen Arzt und Patient ist, beschäftigt sich neben dem Inhalt und der textuellen Gestaltung mit dem sozialen Netzwerk der Sprechenden Personen und deren Einbettung in den Gesprächsverlauf. Die Methoden des sprachwissenschaftlichen Zugangs in der Analyse gesprochener Sprache unterliegen naturgemäß transdisziplinär gültigen Kriterien, um als systematisch korrekt zu gelten. Deshalb soll zunächst auf die Datenerhebung und danach erst auf die Analyse eingegangen werden. Dazu werden zuerst die Kriterien von Bortz und Döring wiedergegeben:¹⁶⁶

- Wichtig für die Datenerhebung: Es soll sich um eine sachliche, nicht von Gefühlen oder Vorurteilen geprägte Messung handeln, die zuverlässig sein soll und die in den Ergebnissen nur das widerspiegelt, was wirklich ist.
- Wichtig für die Datenanalyse: Die Interpretationen müssen gültig und generalisierbar sein, d.h. dass man die Interpretationen aus den Daten ableiten kann und dass man sie in anderen Situationen und Fällen anwenden kann.

¹⁶⁶ Bortz/Döring (2006), S. 326-336.

[Text eingeben]

Dixon-Woods, Shaw et al. weisen darauf hin, dass es zwar schwierig sei, für qualitative Studien einheitliche Qualitätskriterien zu verfassen, diese aber außerordentlich wichtig seien, da

Policy, practice, and clinical decisions made on the basis of low quality studies risk being flawed.¹⁶⁷

Aus diesem Grund bemühten sie sich, in einer Arbeitsgruppe eben solche allgemeinen und weit gefassten Anforderungen zu definieren:¹⁶⁸

1. Sind die Forschungsfragen klar?
2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?
3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben?
 - a. Sampling
 - b. Datenerfassung
 - c. Analyse
4. Sind die folgenden Dinge angemessen für die Forschungsfrage?
 - a. Sampling
 - b. Datenerfassung
 - c. Analyse
5. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?
6. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?
7. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Zunächst wird nun eine allgemeine Einschätzung der Studien gegeben und danach werden nach jeder einzelnen Studie die Anforderungen der Punkte 1, 2, 3, 5, 6 und 7 nach Dixon-Woods, Shaw et al., die in der allgemeinen Einschätzung implizit behandelt wurden, systematisch abgehandelt. Punkt 4 wird ausgespart, da er sich zum Großteil mit Punkt 3 deckt. Anzumerken ist noch, dass Punkt 7 vorrangig eine subjektive Einschätzung darstellt, die von anderen Personen anders eingeschätzt werden könnten.

¹⁶⁷ Dixon-Woods/Shaw/Agarwal/Smith (2004), S. 223-225.

¹⁶⁸ Dixon-Woods/Shaw/Agarwal/Smith (2004), S. 224.

[Text eingeben]

In der ersten Studie von Petra **Löning** handelt es sich um das Erstgespräch und das Folgegespräch in einer Gemeinschaftspraxis in Deutschland und einer dermatologischen Klinik in Frankreich. Ihr Ziel ist es, Muster und Besonderheiten, die es in der ärztlichen Praxis zu geben scheint, auszuweisen und das Gespräch zwischen Arzt und Patient als Fachkommunikationstyp zu enttarnen.

Dazu wählt sie aus einem vorhandenen Korpus von 34 Gesprächen, vier aus.

Dies geschah vorrangig nach dem Grad der Repräsentativität dieser Gespräche für das Gesamtkorpus, d.h. inwieweit erarbeitete spezifische Merkmale sich daran veranschaulichen lassen.¹⁶⁹

Zum einen scheint diese Auswahl kritisch zu sein, da Löning bereits eine Theorie über den Forschungsgegenstand hat, die sie in ihrem vorhergehenden Kapitel behandelt. Löning geht davon aus, dass es eine Fachsprache gibt, die Ärzte anwenden, wenn sie in Interaktion mit Patienten treten. Das medizinische Personal schlüpft dabei in die Expertenrolle, doch bleibt fraglich ob zum Beispiel durch die Annahme der strikten Rollenverteilung und die mit ihr verbundenen impliziten Annahmen Kommunikationskonflikte entstehen. Zumindest in einem der vier Gespräche konnte festgestellt werden, dass die Patientin ein großes Bedürfnis hatte zu erzählen – in diesem Gespräch spricht die Patientin generell recht viel – und dass die Unterbrechungen der Patientin das Gespräch störten. Hingegen versucht Löning aufzuzeigen, dass das Gespräch durch den Arzt gestört wird, ohne näher auf dieses Ausnahmegespräch einzugehen. Fraglich bleibt ihr Bemühen, die Arzt-Patienten-Kommunikation als Gesprächstyp der Fachkommunikation auszuweisen, da sie selbst in den Ergebnissen festhält:

Der Einsatz fachsprachlicher Mittel wie etwa Termini erfolgt nicht in dem erwartbaren Ausmaß.¹⁷⁰

Vielmehr bemühten sich die Ärzte, einen Weg zur Verständigung mit dem Patienten zu finden. Einleuchtend bleibt ihr Ergebnis, dass sowohl Anfangs- als auch Endphasen stark ritualisiert sind und wenig zur Verfolgung des Handlungsziels beitragen und dass ein bestimmtes Handlungsziel sowohl ähnliche Interaktionsmuster als auch bestimmte Themenklassen hervorbringt.

¹⁶⁹ Löning (1985), S. 49.

¹⁷⁰ Löning (1985), S. 157.

[Text eingeben]

Obwohl Löning explizit darauf hinweist, dass sie keine Hypothesen prüfen, sondern einen Fachkommunikationstyp beschreiben will, macht es dennoch den Anschein, als ginge sie davon aus, dass der Arzt als Experte, und somit dominierender Part auftritt, und der Patient dagegen als Laie auftritt.

Lönings Vorgangsweise, aus 34 Gesprächen vier exemplarisch auszuwählen, ist jedoch nicht nur auf linguistischer Ebene zu hinterfragen, sondern auch im Hinblick auf die Forschungsmethoden. Wählt man aus einem vorhandenen Korpus bestimmte Gespräche aus, handelt es sich um eine theoriegeleitete und gezielte Auswahl des Forschers. Es werden Beispiele herangezogen, die das zuvor Behauptete, nämlich die Einordnung der Arzt-Patienten-Kommunikation in die Subkategorien der Fachsprachen, stützen. Somit hat der Forscher oder die Forscherin die Möglichkeit, das zuvor Postulierte zu beweisen. Daher können die Ergebnisse ihrer Studie bzw. Untersuchungen nicht generalisiert werden:

Eine rationale Rechtfertigung generalisierender Aussagen nach dem Prinzip der ‚exemplarischen Verallgemeinerung‘ ist nur schwer möglich, denn die Vorstellung, ein Forscher könne bei einer begrenzten Auswahl von Fällen einen ‚typischen Fall‘ erkennen, impliziert nicht nur, dass der Forscher bereits eine Theorie über den Gegenstand hat, sondern auch, dass er die Repräsentativität des Einzelfalls tatsächlich erkennt, um ihn in das Zentrum einer ‚exemplarischen Verallgemeinerung‘ stellen zu können.¹⁷¹

Ein weiterer Kritikpunkt bezüglich der Gesprächsauswahl betrifft das Geschlecht der Patienten. Löning verwendet nur Gespräche mit weiblichen Personen, da sie die mögliche Beeinflussung durch das Geschlecht als nicht relevant für ihre Untersuchung betrachtet. Studien zum Sprachverhalten von Frauen und Männern haben aber gezeigt, dass ein Unterschied durchaus nachweisbar ist. In einem Gespräch werden Frauen öfters unterbrochen als Männer, das Thema wird meist vom männlichen Part gesteuert und es tritt eine Häufung der Verwendung von ‚tag-questions‘, das sind einem Gesprächsbeitrag angehängte Fragen, wie etwa *ne, nicht wahr, was meinst du*, auf.¹⁷² In der Untersuchung von Löning könnte das Geschlecht auch auf das Thema einen Einfluss gehabt haben, was von Löning auch nicht berücksichtigt wird. Somit wäre ein expliziter Hinweis auf die einseitige Repräsentation des weiblichen Geschlechts in ihrer Studie sinnvoll.

¹⁷¹ Bortz/Döring (2006), S. 336.

¹⁷² Linke (2004), S. 362.

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Nein; laut Löning stellt die Studie eine bloße Beschreibung, der Muster und Besonderheiten dar, dadurch ergeben sich implizite Forschungsfragen.

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Nein, da sie nicht genau ausformuliert wurden.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben?

a. Sampling

Ja, allerdings sind sie für qualitative Forschungen wenig sinnvoll.

b. Datenerfassung

Ja.

c. Analyse

Ja.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Ja, die Gesprächsanalyse ist sehr detailliert, obwohl die Anzahl der verwendeten Gespräche gering ist.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Ja, da die Gespräche sehr genau analysiert werden und nein, da kaum neue Erkenntnisse in der Studie dargeboten werden.

[Text eingeben]

Jährig/Koch wählen für ihre Studie 101 Gespräche aus einem Gesamtkorpus von 750 Visitingesprächen aus und untersuchen zum einen das Zuhören und das Frageverhalten um Informationen zu erhalten und zum anderen das Geben von Informationen von Ärzten. Durch statistische Auswertungsmethoden können sie feststellen, dass soziale Faktoren, wie die Erfahrung des Arztes, der Bekanntheitsgrad der Prognose oder die Erfahrungen des Patienten mit Krankenhäusern, einen Einfluss auf Visitendaten haben. Interessant ist diese Studie vor allem hinsichtlich der Herangehensweise, die beteiligten Partner zu befragen. Dadurch konnte nämlich gezeigt werden, dass die Modelle der verschiedenen Arzt-Patienten Interaktionen zum einen wesentliche Beurteilungskriterien für die Patienten darstellen und zum anderen, dass unterschiedliche Modelle unterschiedliche formale Sprachmerkmale aufweisen. So sind Redezeiten des Arztes im paternalistischem Modell länger und bei unerfahreneren Ärzten ließ sich nachweisen, dass diese mehr auf ihre Patienten eingehen. Ein selbstbewusster Patient spricht länger. Diese Studie erscheint sehr gut durchdacht, doch ist sie schwer nachvollziehbar. Durch die Anhäufung statistischer Begriffe wird die Studie schwer durchschaubar und dies wird nicht durch begleitende Erklärungen abgeschwächt.

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja. Welche objektiven Daten kennzeichnen die Visite?

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Nein, es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine quantitative Erhebung.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben?

a. Sampling

Ja.

b. Datenerfassung

Ja.

c. Analyse

Ja.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Ja, durch die statistische Auswertung werden die Ergebnisse verlässlich.

[Text eingeben]

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Ja.

Bliesener weist mit seiner Studie „Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen“ nach, dass Patienten das Bedürfnis haben, sich mitzuteilen und ihr Verhalten darauf ausrichten. Daraus ergibt sich, dass Patienten nicht nur passiv am Gespräch beteiligt sind, indem sie Antworten, Rückmeldungen und Gegenzeichnungen geben, sondern sich darum bemühen, Initiativen zu setzen. Der Vorteil dieser Studie wird darin gesehen, dass er konkret sagt, dass ein Patient sprachliche Mittel zur Verfügung hat um zu sprechen.

Es lassen sich keine genaueren Bestimmungen zum Auswahlverfahren festmachen.

Positiv anzumerken ist, dass Bliesener explizit darauf eingeht, dass sich die erarbeiteten Ergebnisse nur auf die analysierten Gespräche beziehen:

Mit Sicherheit wird es bei Berücksichtigung weiterer Texte nötig sein, zusätzliche Eingangsbedingungen, Kommunikationsmittel und Verzweigungen einzuarbeiten.¹⁷³

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja. Wie sehen Platzierung und Lancierung aus?

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Nein.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben:

a. Sampling

Nein.

b. Datenerfassung

Nein.

¹⁷³ Bliesener (1980), S. 34.

[Text eingeben]

c. Analyse?

Nein.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

In dieser Studie kann man diese Frage nicht beantworten, da man keine Anzahl der Gespräche auffindet.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Aufgrund ihrer methodischen Mängel stellt sie keinen nützlichen Beitrag dar.

In seiner zweiten Studie „Erzählen unerwünscht“ wählt er aus demselben Gesamtkorpus von 180 Gesprächen eines exemplarisch. Damit will er seine Hypothese beweisen, dass die Organisation medizinischen Handelns der Grund für scheiternde Erzählversuche ist. Hier ergibt sich zum einen dasselbe Problem, wie auch bei Löning, nämlich dass eine Selektion des Forschers stattfindet, welche die Ergebnisse entscheidend beeinflussen kann. Er identifiziert zwei konkurrierende Muster, jenes des Austauschs und jenes des Erzählschemas. Dieser Austausch resultiert durch die Patientin dahingehend in einem Konflikt, als dass sie beide Muster aufrecht zu erhalten versucht, sich aber über ihr eigenes Ziel nicht im Klaren ist. Auch Blieseners institutionelle Diskussion scheint schlüssig, doch erlauben diese Ergebnisse aufgrund ihrer Beschränkung auf die Analyse nur eines Visitengesprächs keine Verallgemeinerungen.

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja. Wie kann der Patient die Visite mitgestalten?

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Ja.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben:

a. Sampling

Ja.

[Text eingeben]

b. Datenerfassung

Ja.

c. Analyse?

Ja.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Nein, da aus einem Gesamtkorpus von 180 Gesprächen nur eines ausgewählt wurde.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Nein, da sie keine Generalisierbarkeit erlaubt.

Rosumek versuchte, anhand von 36 Gesprächen aus einem Gesamtkorpus von 136 Visitingesprächen, sprachliche Rituale in der Arzt-Patienten-Kommunikation vor allem in der Gesprächsmitte aufzuzeigen und zu untersuchen ob diese eine stabilisierende Wirkung auf die Patienten haben. Rosumek liefert eine detaillierte Beschreibung für die Auswahl der zu untersuchenden Gespräche. Daher erscheint die Begründung bei dieser Studie, die Daten aus den 80er Jahren verwertet, gelungen.

Zur Datenerhebung verwendete sie ein Tonbandgerät, dessen Aufzeichnungen durch teilnehmende Beobachtung ergänzt wurden. Zur Erklärung: Bei der teilnehmenden Beobachtung nimmt der Beobachter tatsächlich am Geschehen teil. Am anschaulichsten wird diese Vorgangsweise, wenn man sich ein Experiment vorstellt, in dem der Beobachter zeitgleich am Versuch teilnimmt und beobachtet.¹⁷⁴

Bei der nichtteilnehmenden Variante ist der Beobachter als Außenstehender tätig. Bei einem Experiment gäbe es dann einen eigenen für die Beobachtung Beauftragten.¹⁷⁵

Bei der offenen Beobachtung wissen die beobachteten Personen Bescheid über die Tatsache, dass sie beobachtet werden. Bei dieser Form können einige Probleme auftreten, wie zum Beispiel soziale Erwünschtheit usw. Deswegen wird der beobachtenden Person geraten, diese Effekte zu thematisieren.¹⁷⁶

Bei der verdeckten Beobachtung wissen die beobachteten Personen nicht, dass sie genauestens betrachtet und erforscht werden. Sollte keine Möglichkeit bestehen, das Ge-

¹⁷⁴ Vgl. Bortz/Döring (2006), S. 267.

¹⁷⁵ Vgl. Bortz/Döring (2006), S. 267.

¹⁷⁶ Vgl. Bortz/Döring (2006), S. 267-268.

[Text eingeben]

schehen durch eine sogenannte Einwegscheibe, zu betrachten, bleibt die Frage, ob die beteiligten Personen wirklich nicht wissen, dass sie beobachtet werden, leider offen, denn selbst durch Befragungen danach konnte man keine eindeutige Antwort finden.¹⁷⁷

Rosumek entschied sich für die teilnehmende offene Beobachtung und lässt uns aber im Unklaren, ob sie die oben getätigten Überlegungen zur Beobachtung wirklich in ihre Analyse miteinbezog. Zu den Beobachtungen ist stets anzumerken,

[...] dass eine Beobachtung so gut wie nie einer „realitätsgetreuen Abbildung“ des zu Beobachtenden entspricht. Beobachten heißt gleichzeitig Entscheidungen darüber zu treffen, was ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken soll und wie das Beobachtete zu interpretieren bzw. zu deuten ist.¹⁷⁸

Obwohl die Ärzte nicht um die genaue Fragestellung der Untersuchung wussten, waren sie sich dennoch bewusst, dass sie beobachtet wurden. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob sie ihre Beobachtungen jeweils gleich nach den Visiten niederschrieb oder ob sie in der später stattfindenden Analyse bloß als subjektive Empfindungen Einfluss auf die Ergebnisse hatten.

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja. Ihr Ziel war es sprachliche Rituale innerhalb von Stationsvisiten, insbesondere in der Gesprächsmitte aufzuzeigen.

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Ja.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben:

a. Sampling

Ja.

b. Datenerfassung

Ja.

¹⁷⁷ Vgl. Bortz/Döring (2006), S. 268.

¹⁷⁸ Bortz/Döring (2006), S. 263.

[Text eingeben]

c. Analyse

Nein. Es wurde keine Angabe zum Einfluss der Beobachtungen auf die Ergebnisse gemacht.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Ja.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Ja, da sie ritualisierte Formen in der Gesprächsmitte in den Fokus rückt.

Hartog wählte aus einer undefinierten Anzahl von Gesamtgesprächen 37 Beratungsgespräche aus, um die Funktionen des Schweigens zu analysieren und dadurch die verschiedenen Welten der Gesprächspartner nachzuzeichnen. Neben anderen sprachlichen Mitteln ist das Schweigen auch ein Weg, Rollen zu bestimmen. Vor allem die Kombination von Pausen und anderen Mitteln scheint an dieser Studie besonders interessant zu sein, wird aber leider nur sehr bruchstückhaft ausgewertet. So findet man bei einem Gespräch die Anmerkung, dass die Expertenrolle durch das Schweigen und den Einsatz vorwärtsgewandter lexikalischer Mittel und Fachtermini konstituiert wird, doch näher wird darauf nicht eingegangen. Es scheint, als wäre Hartog sehr auf die Rhythmusänderung fixiert, wobei fraglich bleibt, ob es sich ihrer Meinung nach bei gesprochener Sprache um eine rhythmische Form handelt, und wie sie diesen Begriff ausdifferenzieren würde. Bei der Identifizierung des Schweigens der Laien in Kombination mit Selbstunterbrechungen, Modalverben und Partikeln kann ohne eine Einbeziehung des Vorwissens um allgemeine kommunikative Verhaltensmuster des Patientin nicht von der Bestätigung seiner Rolle die Rede sein. Menschen, die sich gerne Zeit nehmen, um ihre Ausführungen zu Ende zu bringen, oder andere, die stark selbstreflexiv sind und sich daher des Öfteren selbst unterbrechen, können nicht generalisierend als jene beschrieben werden die ihre mangelnde Kompetenz durch längeres Sprechen oder Selbstunterbrechungen beweisen bzw. in Frage stellen.

[Text eingeben]

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja. Sie versucht zu zeigen, dass zwei Welten in einem Beratungsgespräch aufeinandertreffen.

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Ja.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben:

a. Sampling

Nein. Es wird keine Anzahl des Gesamtkorpus, aus denen sie 37 Gespräche auswählt, angegeben.

b. Datenerfassung

Ja.

c. Analyse?

Nein.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Nein.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Nein. Es sollten genauere Differenzierungen vorgenommen werden, zum Beispiel, welchen Rhythmus sie für die gesprochene Sprache als standardisiert anerkennt.

Generell lässt sich zu den Studien sagen, dass sie meist Einzelphänomene unter bestimmten Hypothesen und mit bestimmten Begriffen untersuchen, die sich aber in weiterer Folge schwer als Gesamtheit fassen lassen. Den theoretischen und methodischen Hintergrund bilden meist sehr unterschiedliche Konzepte.¹⁷⁹

¹⁷⁹ Vgl. <http://www.univie.ac.at/linguistics/florian-api-on/eckdaten.php> (25.02.2012)

Beschreibung des methodischen und theoretischen Hintergrunds:

- Bei **Löning** etwa sind dies Konzepte der Fachsprache, der medizinischen Fachsprache, des Fachkommunikationstyp Arzt-Patienten-Gespräch, der Einflussfaktoren der Sprechsituation am Beispiel Arzt-Patienten-Gespräch, der Arztrolle und Patientenrolle, der Konversationsanalyse, der Pragmatik, der Sprechakttheorie und der Theorie sprachlichen Handelns, des kommunikativen Handelns, der Ethnomethodologie, der face-to-face-Interaktionen, der Sprechhandlungstheorie, der Gesprächseröffnung, der Eröffnung des Dialogteils und der Beendigungsphase.
- Bei **Jährig/Koch** sind dies das Rating und die Faktorenanalyse, das Rollenverständnis und ihre Normen, die therapeutische Funktion, psychologische Einstellungsuntersuchungen und die Arzt-Patient-Interaktion.
- **Bliesener** benutzt in einer Untersuchung Entwürfe des Mittelungs- und Zuwendungsbedürfnisses von Patienten, des Patientenwunsches nach Aufklärung, Zusage und Anleitung, des Überhörens und Abweisens von Patientenaussagen, der Patienteninitiativen, der Unterscheidung zwischen Initiative und Antwort, und der Ankündigung. Die zweite Untersuchung basiert auf Modellen der Analyse von Visitingesprächen, der Diskurseinheit, des Kommunikationsschemas, des Zugs und der Serie, des Textems, der Erzählungen, der Interaktionsmuster und des thematischen Bewusstseins.
- **Rosumek** gebraucht die Theorie des Ritualbegriffs, der sprachlichen Rituale aus den Bereichen Kirche, Schule, Gericht etc., des Rituals in Eröffnungs- und Beendigungsphasen, der Merkmalskombination für das sprachliche Ritual und der teilnehmenden Beobachtung.
- Bei **Hartog** werden linguistische und konversationsanalytische Methoden, Modelle der Schweigephasen, des Schweigens und Macht und der Kontextualisierung herangezogen.

[Text eingeben]

Diese Aufstellung der unterschiedlichen zur Anwendung gelangten Methoden und Hintergrundinformationen verdeutlicht, wie komplex und unüberschaubar die Materie werden kann.

Aus diesem Grund versuchte man in der gegenwärtigen Forschung, die doch sehr unterschiedlichen Studien und Untersuchungen zusammenzufassen, um auch durch den Vergleich mehrerer Ergebnisse eine Möglichkeit zu bieten, tatsächlich vorhandene Muster und Probleme der Arzt-Patient-Kommunikation aufzuzeigen. Die letzte Studie stellt eine Metastudie von **Nowak** dar, der versuchte:

(...) vorliegende Diskursforschungen so zu analysieren und zu integrieren, dass sie einer breiten wissenschaftlichen Diskussion zugänglich gemacht werden können.¹⁸⁰

Nowaks Studie beschreibt die von ihm anhand einer Analyse von 12 Einzelstudien gefundenen Komponenten, die in einem Gespräch zwischen Arzt und Patient auftreten. Seine Forschungsfragen sind klar und deutlich beschrieben und können, da sie beantwortet werden, einen wertvollen Beitrag zu weiterer Forschung leisten:

1. Welche Gesprächsanalysen zum sprachlichen Handeln von Ärzt/inn/en in deutschsprachiger Arzt-Patient-Interaktion liegen bisher vor?
2. Mit welcher Methodik können Ergebnisse unterschiedlicher qualitativer Diskursforschungen analysiert und synthetisiert werden?
3. Welche Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en in der Arzt-Patient-Interaktion wurden in einer ausgewählten Gruppe von Diskursforschungen beschrieben?
4. Welche Auswirkungen auf die beteiligten Patient/inn/en werden diesen Formen sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en jeweils zugeschrieben?
5. In welcher Systematik können diese Formen des sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en kategorisiert werden?
6. Welche Schlussfolgerungen können aus der Metastudienmethodik und aus den vorgelegten Ergebnissen für unterschiedliche Verwertungszusammenhänge gezogen werden?¹⁸¹

Nowak kommt zu dem Ergebnis, dass es neun Grundkomponenten interaktiven Handelns von Ärzten gibt, namentlich die Begrüßung, die Eröffnungsinitiative, das Zuhören und Nicht-Zuhören, das Erfragen von Informationen, das Geben von Orientierung im

¹⁸⁰ Nowak (2010), S. 18.

¹⁸¹ Nowak (2007), S. 6.

[Text eingeben]

Gespräch, das Geben von Informationen, die gemeinsame Planung und Entscheidung, der Gesprächsabschluss und die körperliche Untersuchung. Innerhalb dieser Grundkomponenten hat er wiederum 48 Handlungstypen und 140 Einzelhandlungen festgestellt. Damit beschreibt er höchst wahrscheinlich alle bisher identifizierten Komponenten des Sprachverhaltens des medizinischen Personals.

Er vereint annähernd 800 Gesprächsaufzeichnungen miteinander - die genaue Anzahl ist aufgrund der Ungenauigkeit der Angaben der Primärstudien schwierig zu ermitteln - und analysiert sie mit einer von ihm erstmals eingesetzten Methode. Durch die große Menge an analysierten Gesprächen und dem zusätzlichen Hinweis, dass alle auftretenden Sprachmerkmale eines Arztes aufgelistet werden sollen, scheint eine Generalisierbarkeit möglich. Durch die Ergebnisse kann man eine Systematik ärztlichen Sprachhandelns herleiten, die völlig neu ist. Seine Ausführungen und Erläuterungen zur angewandten Methodik sind, bedingt durch die intensive Auseinandersetzung mit anderen Studien, detailliert und erleichtern dem Rezipienten oder der Rezipientin einen Einblick in die Forschungsweise.

Beantwortung der Fragen nach Dixon-Woods, Shaw et al.:

1. Sind die Forschungsfragen klar?

Ja.

2. Sind die Forschungsfragen für qualitative Erhebungen angemessen?

Ja.

3. Sind die folgenden Dinge ausreichend beschrieben:

a. Sampling

Ja.

b. Datenerfassung

Ja.

c. Analyse?

Ja.

4. Werden die Behauptungen durch genügend Beweise gestützt?

Ja.

5. Werden die Daten, Interpretationen und Ergebnisse deutlich integriert?

Ja.

[Text eingeben]

6. Stellt die Studie/Untersuchung einen nützlichen Beitrag dar?

Ja.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen dieser Studie scheint eine quantitative Studie naheliegend und auch sinnvoll, um die Häufigkeit der von Nowak aufgezählten Phänomene darzulegen und einschlägige Trainingskonzepte entwickeln zu können. Anders ausgedrückt kann man sagen, dass Nowak alle sprachlichen Erscheinungen, welche die Primärstudien zum Vorschein brachten, auflistete ohne zu differenzieren, ob es sich um einmalige Ereignisse oder um häufig auftretende handelt. Daher wäre es folgerichtig, mit diesen Ergebnissen eine breit angelegte Studie anzustreben, die konkret auf die häufig auftretenden Probleme aufmerksam macht.

4. Ratgeber und ihre Entwicklung

So unterschiedlich die im deutschen Sprachraum angelegten Studien zur Arzt-Patient-Kommunikation sowohl hinsichtlich ihrer theoretischen als auch ihrer methodischen Herangehensweisen sind, ist ihnen allen die Forderung nach einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit von Ärzten und somit eine Verbesserung des Gesprächs zwischen ebensolchen und den Patienten gemein. Von dieser Tatsache zeugen auch Schlussappelle diverser Forschungen:

Außerdem scheint es nach dieser Untersuchung sinnvoll, den späteren Fachteilhabern bereits in der Ausbildung nicht nur die Fachinhalte über Fachtermini zu vermitteln, sondern auch deren funktionale kommunikative Anwendungsbereiche für die spätere Tätigkeit.¹⁸²

Für die ärztliche Ausbildung ist eine Intensivierung der ärztlichen Gesprächsführung zu fordern.¹⁸³

Aus diesem Grund sollen hier in einem letzten Schritt einige Ratgeber für das medizinische Personal näher betrachtet werden. Es geht vor allem um die Frage, ob es eine Veränderung in den vergangenen Jahrzehnten gab und wie sinnvoll diese Hilfe für die Verbesserung verbaler Fähigkeiten bzw. für die Optimierung des Gesprächs zwischen Arzt und Patient ist.

Köhle/Bliesener differenzierten in ihrem Werk aus den 80er Jahren ihre Ratschläge bzw. Anregungen dahingehend, mit welchem Patient das Gespräch geführt wurde.

- Herzinfarktpatienten¹⁸⁴: Der Arzt soll sein Gegenüber ausreden lassen, um die Anliegen wirklich bearbeiten zu können, da Unterbrechungen kontraproduktiv sein können und zu einer Störung des Gesprächs führen können. Er soll versteckte Botschaften offen beantworten, d.h. sollte der Patient die Botschaft in einem Bilde verstecken, muss der Arzt zunächst die Essenz der Botschaft unmissverständlich wiederholen und dann darauf reagieren. Des Weiteren soll der Mediziner passend auf die gegenwärtige Frage antworten und, wenn er etwas anderes sagen oder anmerken will, erst nach der Abhandlung der primären Frage die Initiative ergreifen.

¹⁸² Löning (1985), S. 158.

¹⁸³ Jährig/Koch (1982), S. 56.

¹⁸⁴ Bliesener/Köhle (1986), S. 69.

- Todkranke Patienten¹⁸⁵: Der Arzt soll zuerst vergangene Gespräche hinsichtlich vorkommender Gesamtfiguren reflektieren, um diese, im Falle von negativen Effekten zu vermeiden. Es ist wichtig, als Arzt den Umstand zu akzeptieren, dass nicht immer alles perfekt sein kann und deswegen soll man Mut zur Eingestehung Misserfolgen beweisen, da sie unter Umständen zu einem positiven Ganzen werden können. Hier schließt auch die nächste Forderung an, dass der Mediziner eine optimale Mischung aus Stärkung der Meinung und Anliegen des Patienten und Widerspruch erzielen soll. Der Beginn soll wieder sehr offen gestaltet werden, so dass der Patient zu Aktivitäten angeregt wird. Sollte der Arzt während des Gesprächs bemerken, dass sie ängstlich werden, da sie sich zum Beispiel in den kranken Patienten hineinversetzen, sollen sie diese Ängste unmittelbar nach dem Gespräch sofort reflektieren.
- Ängste des Arztes vor den Ängsten des Patienten¹⁸⁶. Als Arzt werden hinsichtlich dieses Phänomens mehrere Möglichkeiten geboten: Es können offene Fragen, oder noch offenere, als man bisher einsetzte, benutzt werden, um die Ängste des Patienten zu erkunden und um andere Botschaften der Antworten zu erkennen. Das Gespräch sollte unbedingt von der körperlichen Untersuchung getrennt werden, d.h. entweder soll die Erforschung der physischen Defizite am Anfang oder am Ende stattfinden, oder ein expliziter Beitrag seitens des Arztes garantiert eine Wiederaufnahme des Gesprächs, sollte die Untersuchung eine Unterbrechung eben jenes darstellen. Keinesfalls sollten einzelne Gesprächsabschnitte durch Untersuchungen unterbrochen werden. Der Arzt hat auch die Option, die Ängste seines Gegenübers aufzugreifen. Dazu muss er allerdings dazu in der Lage sein, sie zum einen sprachlich überhaupt thematisieren zu können und zum anderen weiterbehandeln zu können. Sollten andere ärztliche Furchtsamkeiten vorkommen, sollten diese vor der Visite behandelt werden, da sonst zwei Ängste zeitgleich bearbeitet werden müssen.

¹⁸⁵ Bliesener/Köhle (1986), S. 114-115.

¹⁸⁶ Bliesener/Köhle (1986), S. 148-149.

- Umgang mit einem 16-jährigen Krebspatienten¹⁸⁷: Es sollen keine vagen, sondern klare Formulierungen verwendet werden. Geht es etwa um eine mögliche Entlassung, muss der Patient ein klares Nein oder Ja hören, um nicht weiter darüber diskutieren zu müssen. Ein klares Nein kann durch das Bezeugen von Verständnis und der Aussicht auf spätere Wiederaufnahme des Themas entschärft werden. Als Arzt kann die Rolle während des Gesprächs zwischen Therapeut und behandelndem Arzt wechseln. Dieser Rollenwechsel muss entweder durch einen Einschub, d.h. Erklärungen während des Gesprächs oder einen Anhang, d.h. dass nach dem Sachthema über Gefühle gesprochen wird, deutlich gemacht werden. Eigene Motive sollten ausgesprochen werden, allerdings aber auch dahingehend abgewogen werden, ob der Patient mit etwaigen Enttäuschungen umgehen kann. Ängste sollten gleich wie im vorhergehenden Punkt behandelt werden.
- Gespräch mit einer Asthmatikerin¹⁸⁸: Probleme sollen explizit aufgegriffen werden und nicht nur implizit behandelt werden. Sprachlich dürfen keine Signale gesendet werden, die nicht umgesetzt werden können. Überspitzt formuliert darf nicht gesagt werden, der Patient könne heimgehen, obwohl dies nicht möglich ist. Mit verbalen Handlungen müssen klare Absichten artikuliert werden, sodass keine ungewollten Effekte entstehen.
- Einen jungen Patienten an den Gedanken des Sterbens heranführen¹⁸⁹: Die Befragung soll in der Form des Trichter-Prinzips geschehen und die Aufklärung in Form des Baukasten-Prinzips. Der Arzt muss den Mut besitzen, Pausen zu machen, denn auch das Schweigen kann für den Patienten anregend sein. Der Einsatz unterstützender Formulierungen ist begrüßenswert, darf aber nicht von bedrohenden, bedrückenden und phobiefördernden Nebenäußerungen begleitet werden. Der jeweilige Sprachstil muss an den des Patienten angepasst werden.
- Gespräch mit einer Patientin mit Dickdarmentzündung¹⁹⁰. Sollte eine Äußerung des Patienten mehrdeutig sein, sollte nachgefragt werden, wie das Gesagte ge-

¹⁸⁷ Bliesener /Köhle (1986), S. 187-190.

¹⁸⁸ Bliesener/ Köhle (1986), S. 237-238.

¹⁸⁹ Bliesener /Köhle (1986), S. 272-274.

¹⁹⁰ Bliesener /Köhle (1986), S. 324-326.

[Text eingeben]

meint ist. Ein Rollenwechsel sollte gut überlegt werden, da je nach Rolle eine andere Reaktion wahrscheinlich ist und man sich in diesem Zusammenhang fragen muss, ob man diese Rückwirkung wünscht. Durch die Einführung eines neuen interessanten Themas lässt sich ein Gesprächsmuster umformen. Auch hier gilt wieder, dass klare Ziele gesetzt werden müssen und Absprachen gehalten werden müssen, um Verwirrungen zu vermeiden.

Aus diesen Beobachtungen mit unterschiedlichen Patienten lassen sich generell folgende Anregungen zur Gesprächsführung ableiten:

Beim Gesprächsverlauf sollen die Umstände bedacht, ein offener Anfang gewählt und dem Patient zu Beginn die Sprecherrolle überlassen werden. Behandelte Themen sollen nicht durch Untersuchungen unterbrochen, die Befragung und Aufklärung geordnet und das mögliche Auftreten von Ungeplantem bedacht werden.

Bezüglich der Ziele und Rollen soll ein klares Ziel vorherrschen, Ja und Nein sollen ebendies bedeuten. Es soll bedacht werden, dass unklare Absichten womöglich zu ungewollten Effekten führen. Eigene persönliche Motive sollen unter Umständen ausgesprochen, die eigene Rolle soll deutlich gemacht und mit Vorsicht gewechselt werden.

Im Bereich der Arztintervention sollen Sprachgrenzen und widersprüchliche Signale vermieden werden. Geplantes soll nicht als Spontanes ausgegeben werden, das Thematisieren von Problemen soll nur auf expliziter Ebene geschehen und der Arzt soll den Mut besitzen, Misserfolge zu akzeptieren.

Im Gebiet der Steuerung des Gesprächsverhaltens soll der Arzt den Patienten auf jeden Fall ausreden lassen, ihn Erklärungen selbst durchführen lassen, Schweigen akzeptieren, Erzähltendenzen vorhersehen, alle Botschaften einer Nachricht offen behandeln und ungewollte Muster verändern können.

Als Therapeut hat der Arzt die Aufgabe sowohl die eigenen Ängste zu erkunden und sie von den Patienten fernzuhalten, als auch die Befürchtungen des Gegenübers zu besprechen. Des Weiteren sollte nicht am Symptom gedeutet werden und persönliche Anliegen sollten gewürdigt werden.

[Text eingeben]

Geisler schlägt in den 90er Jahren ein neun Schritte umfassendes Programm zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Gesprächs vor, welches im Folgenden kurz beschrieben werden soll:¹⁹¹

1. Die Selbstreflexion stellt für ihn den grundlegenden Schritt dar. Der Arzt muss sich selbst zunächst die Frage stellen, ob er unbefriedigende Gespräche führt. Der Prozess ebensolche zu erkennen, ist wegweisend für die Motivation, etwas an seinem verbalen Verhalten zu verändern.
2. Sich selbst zuhören: Nachdem Motivation geschöpft wurde, das Gesprächsverhalten zu ändern, muss das Problem lokalisiert werden. Hier gilt es, sowohl die Gesprächstechnik, wie Frageverhalten, Einsatz von Pausen, Zuhören, verwendete Termini und eventuelle Abweisungsstrategien, wie auch den Inhalt, d.h. ob das Gespräch dem gewünschten Ziel gerecht wird, zu analysieren.
3. Optimaler Gesprächsrahmen: Im Idealfall sollte das Gespräch nicht gestört werden d.h. Nebenbeschäftigungen wie Telefonieren oder das Machen von Notizen sollten weitestgehend minimiert werden. Des Weiteren gilt es, einen idealen Ort für das Gespräch zu finden - unter keinen Umständen sollen wichtige Informationen am Gang in einem Krankenhaus oder im Vorbeigehen in der Praxis ausgetauscht werden. Die passende Sitzordnung und Distanz, die Wahl eines guten Zeitpunkts, das Vermeiden von Zeitdruck und der Aufbau eines idealen Gesprächsklimas sind weitere wichtige Kriterien.
4. Fähigkeit aktiv zuzuhören und zu spiegeln: Obwohl das Zuhören eine anstrengende Tätigkeit sein kann, sind dadurch mehr Informationen zu erhalten als durch das Fragen. Als oberste Regel gilt, dass man seinen Gesprächspartner nicht unterbrechen darf. In einem Unterschnitt soll die Information, die durch das Zuhören gewonnen wurde, nochmals verbalisiert werden. Der Ausdruck des Spiegels bedeutet im kommunikativen Geschehen, dass man das Verstandene in anderen Worten nochmals ausdrückt.

¹⁹¹ Geisler (1992), S. 344-354.

[Text eingeben]

5. Alle Botschaften einer Nachricht erkennen: Eine Mitteilung enthält mehr als nur den Sachinhalt. Sie kann mitunter eine Selbstoffenbarung darstellen, eine Beziehungsbotschaft enthalten oder auch einen Appell beinhalten. Der Arzt hat die Aufgabe, die Botschaften zu filtern, da es meist eine Hauptbotschaft und Nebenbotschaften gibt, die entweder explizit oder aber auch implizit verbalisiert werden können.

6. Empathie-Fähigkeit:

Empathie bedeutet, das Erleben eines anderen so vollständig und genau nachzuvollziehen, als ob es das eigene wäre, ohne jemals diesen ‚Als-ob-Status‘ zu verlassen.¹⁹²

Der Arzt muss dazu die Hürden des dominanten Rollenverständnisses und die emotionale Neutralität überwinden.

7. Die richtige Fragetechnik: Geschlossene Fragen eignen sich, um rasch an gezielte Informationen zu kommen und offene Fragen eignen sich, um ein Gespräch zu eröffnen oder es zu vertiefen. W-Fragen weisen die Möglichkeit auf, Gesagtes zu verdeutlichen. Zu den absoluten faux pas zählen Suggestiv-, Doppel-, Überfall-, Fang-, Neugier-, Wertungs-, Aggressions- und Floskelfragen. Stellt der Patient Fragen, sollten auch diese reflektiert betrachtet werden.

8. Gespräche als geschlossenes Ganzes: In diesem Schritt wird vorgeschlagen, dass ein offener Anfang gewählt werden soll, der in der Form eines Trichters zum Ziel führt. Die Wichtigkeit des Gesprächsbeginns und -endes wird betont.

9. Aufbau gemeinsamer Wirklichkeit:

Kommunikation ist die Verbindung von zwei individuellen Wirklichkeiten dadurch, daß es gelingt, eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen.¹⁹³

Der Schlüssel hierzu ist die Empathie für soziale und subjektive Umstände.

¹⁹² Geisler (1992), S. 349.

¹⁹³ Geisler (1992), S. 353.

[Text eingeben]

Menz entwickelte aufgrund einer Studie mit anschließendem Trainingskonzept vier Kapitel, in denen beschrieben wird, was zu tun und was zu unterlassen ist. Interessant erscheinen vor allem zwei Erkenntnisse: Zum einen bewirkt das Training nachweisbar eine Verbesserung des Gesprächs, zum anderen stellt die interdisziplinäre Arbeit zwischen Medizin und Sprachwissenschaft ein sinnvolles Instrument dar um die Kommunikation zu optimieren. Aber:

Die Ergebnisse machen [aber auch] deutlich, dass eine kontinuierliche, begleitende Form der Schulung vorteilhafter wäre als eine einmalig punktuelle.¹⁹⁴

Im Folgenden werden seine Ratschläge beschrieben:

- Durchsetzung der Gesprächspläne vs. Transparenz:¹⁹⁵ Durch die Transparenz haben Patienten die Möglichkeit, sich an Situationen anzupassen, wodurch Störungen verhindert, der Gesprächsverlauf verbessert und die Zufriedenheit erhöht werden können. Die Transparenz kann sowohl durch Orientierung auf lokaler als auch auf globaler Ebene erzielt werden. Dazu zählen auf lokaler Ebene die namentliche Vorstellung und Darstellung der eigenen Funktion, des Zwecks des Gesprächs, der Gesprächsabschnitte und Untersuchungsschritte und auf globaler Ebene Informationen zum gesamten zu erwartenden Ablauf und zu Besonderheiten. Wichtig ist, dass sich der Arzt von bestimmten negativen Befürchtungen befreien muss, wie zum Beispiel, dass eine Veränderung einen Verlust der Gesprächsführung und Kontrolle bedeute, oder dass durch die neuen verbalen Handlungen Zeit knapp werde, oder dass der Patient, ließe man ihm die Möglichkeit zu erzählen, gar nicht mehr aufhöre zu sprechen. Der Einsatz transparenter Gesprächsführung lohnt sich, um ein für beide Seiten befriedigendes Gespräch zu führen.

¹⁹⁴ Menz (2008), S. 29.

¹⁹⁵ Menz (2008), S. 60-62.

[Text eingeben]

- Ärztliche Rolle und Gesprächsrepertoire von Turnusärzten und –ärztinnen:¹⁹⁶

Aufgrund der Sonderstellung dieser speziellen Art von Medizinern werden eigene Vorschläge für sie geboten:

TurnusärztInnen verfügen aufgrund ihres niedrigeren hierarchischen Status, ihrer geringeren fachlichen und berufspraktischen Erfahrung und ihres engen Entscheidungsbereiches über ein beschränktes Repertoire an interaktiven Möglichkeiten, mit herausfordernden Gesprächssituationen und komplexen oder schwierigen Anliegen von PatientInnen umzugehen.¹⁹⁷

Daher sollen sie dem Patienten klar machen, wozu dieses Gespräch geführt wird, welche Funktion als Arzt eingenommen wird und dass es ein weiteres Gespräch mit dem entscheidungsbefugten Arzt geben wird. Die Kommunikation soll so weit vertieft werden, dass entsprechende Informationen über den Patienten an den Oberarzt weitergegeben werden können. Bei einem komplexen Gesprächsverlauf soll man auf das kommende Gespräch mit dem Oberarzt verweisen und nochmals die eigene Rolle klar herausstellen, sodass eine Entlastung für beide erzielt werden kann. Der Turnusarzt soll unter keinen Umständen den Gesprächszweck oder die eigenen Kompetenzen und Befugnisse verschleiern und sich nur auf die Erhebung der Daten konzentrieren und komplexe Anliegen damit übergehen oder gar abblocken.

- Effiziente Gesprächsführung durch Information der Patienten:¹⁹⁸ Durch einen Mangel an Informationen, der sich aus der Tatsache ergibt, dass Patienten meist mit der Institution wenig vertraut sind bzgl. Zweck, Ablauf und Funktion des Gesprächs und des Arztes, kann sich der Patient unter Umständen unpassend verhalten und den Gesprächsverlauf durch das Defizit stören. Deshalb wirkt sich die Einbeziehung der Patienten und deren Bedürfnisse nach adäquater Information fördernd auf die Kommunikation und das Wohlbefinden aus. Eine partnerschaftlich orientierte Gesprächsführung fordert ausreichend Informationen, wogegen eine paternalistisch orientierte Informationen verschweigt. Hier gilt: Je vertrauter ein Patient mit den Abläufen einer Institution ist, desto weniger Informationsbedarf besteht. Dementsprechend brauchen unerfahrene Patienten mehr Auskünfte. Wichtig ist, dass man den tatsächlichen Bedarf klärt: Das ärztliche routinierte

¹⁹⁶ Menz (2008), S. 92-94.

¹⁹⁷ Menz (2008), S. 92.

¹⁹⁸ Menz (2008), S. 116-118.

[Text eingeben]

Wissen muss nicht jenem der Patienten gleichen. Unstrukturierte Informationsverabreichung und Verzögerung der, vom Patienten gefragten, Informationen drängen das Gegenüber in eine untergeordnete Position. Freundlich sein ist gut, aber nicht alles!

- Gesprächseröffnungen und Unterbrechungen:¹⁹⁹ Die Anfangsphase soll genutzt werden, um über Zweck und Ablauf zu informieren. Diese Transparenz führt zu einer Verminderung der Störungen, die im Gesprächsverlauf auftreten können. Zum einen können Fragen und Unsicherheiten der Patienten schon am Beginn geklärt werden, was den Patienten die Möglichkeit bietet, ihr eigenes sprachliches Handeln an jenes des Arztes anzupassen. Zum anderen wird dem Patienten Wertschätzung entgegengebracht, sodass er sich sicher sein kann, dass seine Anliegen berücksichtigt werden. Jeder Fragentyp begünstigt eine andere Antwort: So eignen sich offene Fragen dazu, detaillierte Beschreibungen zu erhalten und, sind förderlich für Gesprächseinleitungen, wenn sie eine Reihung oder einen Orientierungsrahmen bieten. Geschlossene Fragen werden dagegen eingesetzt, um „gezielt faktische und differenzialdiagnostische Informationen zu erheben.“²⁰⁰ Wichtig ist, dass die Gesprächsabsicht mit der Frage zusammenpasst, d.h. man sollte nur dann offene Fragen stellen, wenn man sich sowohl die Zeit nehmen möchte, als auch dazu in der Lage ist, die Sprecherrolle für etwas längere Zeit aus der Hand zu geben.

Es werden zwei Arten von Unterbrechungen unterschieden: Die unterstützenden Unterbrechungen, die eher als Hörersignale zu deuten sind, dienen dazu, Gesagtes zu vertiefen, zu analysieren, zu definieren und zu entwickeln. Die abblockenden Unterbrechungen hingegen entreißen dem Patienten das Wort und die Sprecherrolle. Jene der zweiten Art sollen vermieden werden, da sie den Gesprächsverlauf stören.

Im Folgenden widmen wir uns der Frage, in welchen Bereichen die präsentierten Ratgeber Gemeinsamkeiten und in welchen sie Unterschiede aufweisen:

¹⁹⁹ Menz (2008), S. 153-155.

²⁰⁰ Menz (2008), S. 154.

[Text eingeben]

Köhles/Blieseners Ausführungen sind auffallend, da sie zuerst ihre Vorschläge auf spezielle Patienten beziehen und diese erst danach nach übergreifenden Themen, Verlauf, Zielen und Rollen, Arztintervention, der Steuerung des Gesprächsverhaltens und den Rollen des Arztes ordnen.

Bezüglich des Verlaufs scheinen Köhles/Blieseners Anregungen, die Umstände zu bedenken sinnvoll. Nachdem sowohl die individuellen als auch die gesellschaftlichen Umstände einen Menschen stark beeinflussen können, raten sie einen offenen Anfang zu wählen und dem Patienten die Sprecherrolle zu überlassen, sodass der Patient von sich erzählen kann. Wertvoll sind sicherlich auch die Forderungen, das Gespräch nicht durch körperliche Untersuchungen zu unterbrechen, da dadurch womöglich der Gesprächsfluss gestört wird, und die Befragung und Aufklärung zu strukturieren, da sich der Patient somit auf sein Gegenüber einstellen kann. Etwas unrealistisch scheint der Appell zu sein, der Arzt solle die mögliche Entstehung von Ungeplantem bedenken, da der Mediziner in diesem Falle alle möglichen Szenarien im Kopf durchspielen müsste und sich einer unüberwindbaren Anzahl an Möglichkeiten gegenübersehe.

Bei den Zielen und Rollen erscheinen ihre Tipps vernünftig zu sein: Es soll klare Ziele geben, um eine Orientierung bieten zu können, ein Ja und Nein sollen genau das bedeuten, um möglichen Verwirrungen entgegenzuwirken, es soll dem Arzt bewusst sein, dass unklare Absichten ungewollte Effekte haben können, es sollen persönliche Motive gegebenenfalls ausgesprochen werden, die eigene Rolle soll klar sein und im Bedarfsfall mit Bedacht gewechselt werden. Dabei ist zu bedenken, dass das Aussprechen der persönlichen Motive eine genaue Kenntnis des Gegenübers, inwieweit er damit umgehen kann, voraussetzt.

Im Bereich der Arztinterventionen stechen besonders folgende Punkte hervor. Der Arzt oder die Ärztin soll sich sprachlich auf den Patienten einlassen, da so eine Vertrauensbasis erzeugt werden kann. Probleme sollen nur explizit thematisiert werden, um irreführende Deutungsmöglichkeiten zu vermeiden. Die weiteren Punkte dieses Themenkomplexes erscheinen etwas vage formuliert.

Sollte der Arzt sich dazu entschließen, das Gespräch zu steuern, scheinen Köhles/Blieseners Anregungen logisch, den Patienten ausreden zu lassen, ihn Erklärungen selbst vervollständigen zu lassen und Schweigen bzw. Gesprächspausen zuzulassen. Fraglich bleiben wiederum die Forderungen nach der Vorhersage der Erzählinitiativen

[Text eingeben]

des Patienten, aus demselben Grund wie oben bereits erläutert, und die offene Behandlung aller Botschaften einer Nachricht.

Hinsichtlich der Ratschläge, die sie im Umgang mit Ängsten parat halten, nämlich, dass man die eigenen erkunden und den Patienten nicht zeigen soll, scheint die Forderung nach Reflexion der eigenen Ängste des Arztes unserer Meinung nach doch etwas über das Ziel hinauszuschießen. Sinnvoll erscheint allerdings die Erkundung bzw. Thematisierung der Ängste des Gegenübers.

Im Unterschied zu Köhle/Bliesener treten bei Geisler die Anregungen und Tipps für eine effiziente ärztliche Gesprächsführung strukturiert, in Schritte gegliedert, auf. Gleich als erster Schritt erscheint bei Geisler die Motivation, die Köhle/Bliesener implizit voraussetzen. Dabei spielen sowohl intrinsische Faktoren eine Rolle, da der Arzt seine eigenen sprachlichen Kompetenzen erweitern möchte, als auch extrinsische, da äußere Einflussgrößen wie schlechte Gesprächserfahrungen dazu motivieren, das Kommunikationsverhalten zu verbessern. Nachdem die Motivation vorhanden ist, muss der Arzt seine eigene Gesprächstechnik und den Inhalt analysieren. Auch hier zeigt sich wieder ein Unterschied zu Köhles/Blieseners Ausführungen: Köhle/Bliesener geben Tipps, wie man etwas besser machen kann, ohne auf individuelle Bedürfnisse einzugehen. Geisler versucht herauszuarbeiten, dass einer der grundlegenden Schritte, das Aufdecken der wirklich vorhandenen Konfliktpotenziale ist, um darauf seine Verbesserungen aufzubauen. Neu ist bei Geisler die Einsicht, dass äußere Rahmenbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Gesprächsqualität ausüben können. Diese Anforderungen zur optimalen Gestaltung der Umgebung erscheinen ein sinnvolles außersprachliches Instrument zu sein. Schritt vier beinhaltet einen wichtigen Punkt, der besagt, dass sich der Arzt selbst etwas zurücknehmen, zuhören und lernen soll, Gesagtes zu spiegeln. Der Vorteil, der sich aus diesem Schritt ergeben kann, ist jener, dass der Patient sich respektiert fühlt und dass ein besseres Verständnis erzielt werden kann. Eine Auseinandersetzung des Mediziners mit diesen Kriterien der Gesprächsführung macht unserer Meinung durchaus Sinn, da sich diese Techniken eher erlernbar sind als beispielsweise die von Köhle/Bliesener geforderte Reflexion eigener Ängste. Bei Geislers fünftem Punkt ergibt sich dasselbe Problem, welches schon bei Köhles/Blieseners Ausführungen identifiziert wurde: Botschaften zu filtern, scheint eine Aufgabe zu sein, die nicht immer zu meistern ist. Ein wichtiger und sinnvoller Punkt ist mit Sicherheit der sechste. Der Arzt sollte trotz seiner neutralen Rolle, das Vermögen haben, sich in andere hineinzu-

[Text eingeben]

versetzen, um damit dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden. Im Unterschied zu Köhle/Bliesener geht Geisler explizit auf die Fragetechnik und die richtige Auswahl der Frageform ein. Köhle/Bliesener geben zwar den Ratschlag, dass man bei der Erkundung von Ängsten des Patienten offene Fragen benutzen soll, aber es gibt keine generellen Erklärungen zu diesem Themenkomplex. Geisler dagegen widmet der Materie einen ganzen Schritt. Ähnlichkeiten entdeckt man bei beiden Werken in der Forderung, dass das Trichter-Modell zum Einsatz kommen soll. Köhle/Bliesener meinen, man solle es bei der Befragung einsetzen, aber bei der Aufklärung das Baukasten-Prinzip verwenden, Geisler meint dass es sich über das gesamte Gespräch legen soll. Unrealistisch erscheint der neunte und somit letzte Schritt, indem dazu geraten wird, eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen. Die Frage nach dem Wie bleibt trotz des Verweises, dass der Aufbau nur durch Empathie gelingen kann, unbeantwortet.

Der aktuellste Ratgeber, der beschrieben wurde, stammt aus dem Jahre 2008 und baut seine Tipps auf den vorhandenen Ergebnissen einer Studie auf. In dieser Studie wurden Gespräche aufgezeichnet und analysiert und darauf aufbauend ein Trainingskonzept entwickelt. Basierend auf den Ergebnissen der analysierten Gespräche folgte eine weitere Studie, die prüfen sollte, welche Maßnahmen aus dem Trainingskonzept zielversprechend waren. Neu ist bei Menz vor allem, dass er mit Vorurteilen aufräumt, die der Durchführung einer patientenzentrierten Gesprächsführung häufig anhaften. Er konnte mit seiner Studie zeigen, dass sich eine solche neue Art der Kommunikation positiv auf den Gesamtverlauf und die Zufriedenheit auswirken. Des Weiteren scheinen seine Ratschläge globaler gefasst zu sein, da er anders als Köhle/Bliesener und Geisler Überbegriffe wie Transparenz, ärztliche Rolle und Gesprächsrepertoire, Informationsbedürfnis von Patienten und Gesprächseröffnungen und Unterbrechungen einsetzt, um konkrete Anweisungen geben zu können. Gut durchdacht scheint die genaue Ausdifferenzierung des Begriffs der Transparenz und welche Möglichkeiten der Arzt hat, diese im Gespräch zu realisieren. In diesem Werk wird erstmals auch darauf aufmerksam gemacht, dass es unterschiedliche Rangordnungen im ärztlichen Beruf gibt und diese Unterschiede sich auch in ihren Möglichkeiten der Gesprächsführung widerspiegeln. Weder Köhle/Bliesener noch Geisler nahmen bei ihren Ausführungen darauf Rücksicht, dass die Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft Auswirkungen auf das Sprachverhalten haben kann. Menz widmet den Turnusärzten und -ärztinnen ein eigenes Kapitel, da sie eine Sonderstellung einnehmen. Dieser Ansatz ließe sich sicherlich noch weiter ausfüh-

[Text eingeben]

ren und erforschen. In allen anderen hier berücksichtigten Studien wurde kaum differenziert, um welchen Arzt es sich im Speziellen handelt und ob sich aus den hierarchischen Besonderheiten innerhalb medizinischer Institutionen Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten im Arzt-Patienten-Gespräch herleiten lassen. Als sehr gelungen wird auch die Forderung angesehen, den Patienten in das Geschehen mit einzubeziehen und ihm die Informationen zukommen zu lassen, die er benötigt oder wünscht. Daraus resultiert für Menz eine partnerschaftlich orientierte Gesprächsführung, die wiederum Vertrauen aufbaut und zu einem befriedigenden Abschluss für beide Partner führen kann. Wie Geisler spricht auch Menz vom richtigen Einsatz von Fragen und differenziert bzw. erklärt sie auch nach demselben Muster. Ein Unterschied zeigt sich bei den Unterbrechungen: Während Geisler Unterbrechungen des Patienten durch den Arzt als ausschließlich negativ betrachtet, erläutert Menz die verschiedenen Arten von Unterbrechungen genauer. Für ihn gibt es sehr wohl auch Unterbrechungen, die unterstützend wirken können, indem sie dem Sprecher signalisieren, dass man noch beim Thema ist oder auch genauere Erklärungen zum Gesagten benötigt. Am Ende weist er noch darauf hin, dass nicht förderliche Unterbrechungen vermieden werden sollen.

Der unmittelbare Vergleich dreier Werke zeigt, dass in mehr als 20 Jahren kaum eine Veränderung bzw. neue Erkenntnisse hinzugekommen sind. Offen bleibt dadurch sicherlich die Frage: Wenn man vor drei Jahrzehnten schon wusste, was verändert werden sollte und Tipps bereitstellte, um diese Verbesserung herbeizuführen, weshalb kommen dann gegenwärtige Studien zum selben Ergebnis, wie jene in den 1980er Jahren?

5. Zusammenfassung

Ziel der getätigten Aussagen zur Analyse von Gesprächen zwischen Arzt und Patient war es einen kritischen Forschungsüberblick zu verfassen, mit der zentralen Frage, ob die Untersuchungen der letzten Jahrzehnte eine positive Auswirkung auf die Gesprächsführung in der Gegenwart haben. Die Forschung auf diesem Gebiet wurde bis dato sehr heterogen betrieben und kam dennoch zu dem annähernd einheitlichen Ergebnis, dass die Kommunikation an medizinischen Institutionen in vielen Fällen nicht reibungslos abläuft und zu überprüfen ist, ob die wissenschaftlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet eine nennenswerte Verbesserung in der Praxis herbeigeführt haben.

Anhand der beschriebenen theoretischen Grundlagen wurde gezeigt, dass im linguistischen Bereich vor allem die Gesprächsanalyse, die Fachsprachenforschung und die Soziolinguistik Anhaltspunkte für einen möglichen Zugang zur Forschung liefern können. Die unterschiedlichen Entwürfe der Kommunikation zeigen, dass ein Arzt drei Varianten zur Auswahl hat, wie er mit seinen Patienten interagiert: Paternalistisch – der Arzt als Vormund -, informierend – der Arzt informiert die Patienten und diese entscheiden letztendlich was getan wird – oder gleichberechtigt – der Arzt findet mit dem Patienten eine Entscheidung. In einem nächsten Schritt wurde die Relevanz von bestimmten Rahmenbedingungen, wie der Raum und die Zeit, für eine gelungene Kommunikation demonstriert. Der Raum, in dem sich Ärzte und Patienten begegnen, bedingt die Möglichkeit, sich wohl zu fühlen und der Faktor Zeit ist insofern entscheidend, als dass sich der Arzt vor allem nicht hetzen lassen sollte. Im letzten Teil der theoretischen Grundlagen wurden die allgemein gängigen Rollenbilder, der Arzt als Experte und der Patient als Laie, gezeigt und die sprachlichen Konsequenzen diskutiert.

Der Hauptteil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit sechs Studien und deren kritischer Hinterfragung.

Lönings Untersuchung aus dem Jahre 1985 stellt eine detailgetreue Analyse des Fachkommunikationstyps Arzt-Patient-Gespräch dar. Wir zeigten, dass Lönings deskriptiver Zugang ohne explizite Formulierung von Forschungsfragen für qualitative Erhebungen nicht angemessen ist. Zwar werden das Sampling, die Datenerfassung und die Analyse ausreichend beschrieben, jedoch lässt die geringe Anzahl von nur vier untersuchten Ge-

[Text eingeben]

sprächen keine Generalisierung zu. Trotz der klaren Integration von Daten, Ergebnissen und Interpretationen bleibt daher der wissenschaftliche Beitrag dieser Studie fraglich.

Jährig und Koch legen 1982 mit ihrem Forschungsbeitrag zur Kennzeichnung objektiver Daten während der Visite eine quantitative Erhebung vor. Wir erachten diese Studie vor allem deshalb als nützlich, da tatsächlich messbare Parameter, wie etwa Redezeit, durch nachträgliche Befragung der Beteiligten in einen Zusammenhang mit den drei Entwürfen der Kommunikation gebracht werden konnten. Allerdings sind die Erkenntnisse dieser Arbeit durch die Anhäufung statistischer Begriffe schwer nachvollziehbar.

Blieseners Fragstellung widmet sich in zwei Studien aus dem Jahre 1980 vorrangig dem Beitrag des Patienten. Beide Untersuchungen weisen große methodische Mängel auf. Trotz der expliziten Fragestellungen erlauben die geringe bzw. nicht definierte Anzahl von Gesprächen sowie die unvollständige Beschreibung des Datengewinnungsprozesses keine Generalisierbarkeit.

In der vierten untersuchten Forschungsarbeit stellt Rosumek 1990 die Frage nach sprachlichen Ritualen vor allem in der Gesprächsmitte. Ihre Vorgehensweise in der Auswahl und Erfassung der Daten aus 36 Gesprächen entspricht wissenschaftlichen Anforderungen und lässt daher eine Generalisierbarkeit zu. Wir stellten fest, dass Rosumek in Hinblick auf das Setting den Einfluss der Beobachtung auf die Ergebnisse ausklammert. Jedoch ist davon auszugehen, dass diese Auswirkungen zum Zeitpunkt der Gesprächsmitte nicht mehr signifikant sind.

Die fünfte untersuchte Studie stammt von Hartog ebenfalls aus dem Jahre 1990 und geht der Frage nach, welche Funktion das Schweigen in 37 Beratungsgesprächen einnimmt und wie dieses verschiedene Welten der Gesprächspartner konstruieren kann. Der kritischste Punkt an Hartogs Ansatz scheinen ihre vagen Annahmen in Zusammenhang mit sprachlichem Rhythmus zu sein. Darüber hinaus fehlen Angaben zum Gesamtkorpus und der angewandten Auswahlkriterien. Daher sind schlüssige wissenschaftliche Aussagen aus ihren Ergebnissen nicht möglich.

Nowaks Metastudie zeichnet sich durch sechs exakt gestellte Forschungsfragen und detaillierten Beschreibungen der angewandten Methodik aus. Seine Schlussfolgerungen stützen sich auf die Analyse von annähernd 800 Gesprächen aus 12 Primärstudien. Um jedoch die praktische Anwendbarkeit der qualitativen Ergebnisse zu gewährleisten, wäre eine quantitative Folgestudie nötig, die die Häufigkeit der von Nowak dargestellten Phänomene offenlegt.

[Text eingeben]

Die Analyse der ersten fünf Studien zeigte, dass sich unsere Meinung weitgehend mit bereits gängigen Meinungen deckt: Die letzten Jahrzehnte haben eine große Anzahl an gesprächsanalytischen Untersuchungen hervorgebracht, die unterschiedliche methodische Vorgehensweisen und theoretische Grundlagen anwandten und eine Generalisierbarkeit scheint, aufgrund methodischer Mängel als auch theoretischen Überflusses, kaum möglich. Durch die vorgenommenen Darstellungen konnte gezeigt werden, wie komplex und unüberschaubar die zur Anwendung gelangten Methoden und Hintergrundinformationen werden können. Daher ist der Ansatz von Nowaks Metastudie, die die doch sehr unterschiedlichen Studien und Untersuchungen zusammenfasst, sehr zu befürworten.

Der letzte Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich mit drei Ratgebern, die Tipps zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient geben.

Den Ausgangspunkt für Blieseners und Köhles Ratgeber stellen Analysen von Gesprächen zwischen Medizinern und bestimmten Patientengruppen dar. Die daraus resultierenden Anregungen wurden in Folge zu einem allgemein gültigen Leitfaden ausgeweitet.

Geislers neun-Schritte-Programm führt über Selbstreflexion, Zuhören und Empathie zum Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen Arzt und Patient, ohne dass der Autor jedoch eine genaue Anleitung zur Durchführung gibt.

Der Menzsche Ratgeber unterscheidet sich insofern von den oben genannten, als er auf der Basis seiner Anregungen ein Trainingskonzept anbietet, das zu nachweisbaren Verbesserungen in der Kommunikation führt. Gemeinsam ist allen drei hier untersuchten Ratgebern die Forderung nach einer offenen Gesprächsführung, respektvollem Zuhören und dem richtigen Einsatz von Fragetechniken.

Der Großteil der von den Autoren vorgeschlagenen Unterweisungen, wie der richtige Einsatz von unterschiedlichen Fragetypen, scheint durchaus praxisnah und ausführbar zu sein.

Resümierend lässt sich zu den vorliegenden Untersuchungen sagen, dass sie zwar die für misslungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient verantwortlichen sprachlichen Mittel extrahieren, sie jedoch durch die unterschiedlichen theoretischen Ausführungen und methodischen Mängel bisher nicht wesentlich zur Aufklärung und Verbes-

[Text eingeben]

serung beigetragen haben. Der Ansatz Nowaks in Kombination mit quantitativen Studien scheint eine Möglichkeit zu bieten, um die Ergebnisse sukzessive zusammenzufassen. Auch der Vergleich der Ratgeber aus drei Jahrzehnten, zeigte, dass bereits vor etwa 30 Jahren bekannt war, wo die Probleme lagen und wie man sie lösen könnte. Somit wäre die Frage aus Sicht unserer Arbeit mit Nein zu beantworten.

6. Literaturverzeichnis

Beauchamp, Tom L. / Childress, James F.: Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford Univ. Press 1983.

Bliesener, Thomas: Wie kann man als Patient in der Visite zu Wort kommen? In: Tschauder, Gerhard / Weigand, Edda (Hg): Perspektive textextern Akten des 14. Linguistischen Kolloquiums. Bochum: Niemeyer 1979. S. 27. 36.

Bliesener, Thomas: Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich, Konrad (Hg): Erzählen im Alltag. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1980. S. 143-178.

Bliesener, Thomas / Köhle, Karl: die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Opladen: Westdeutscher Verlag 1986.

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 87 Tabellen. Heidelberg: Springer-Medizin Verlag⁴ 2006.

Bußmann, Hadumod: Lexikon der Sprachwissenschaft. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag³ 2002.

Der Hippokratische Eid.

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/experten_letter/gesundheitswesen/0309_pzent_Hippokratischer_Eid.pdf (27.11.2011).

Dixon-Woods, Mary / Shaw, R. L. / Agarwal, Shona / Smith, J. A.: The problem of appraising qualitative research. In: Qual Saf Health Care 13, S. 223-225.

Drew, Paul / Heritage, John: talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge Univ. Press 1992.

Ehrhardt, Claus / Heringer, Hans Jürgen: Pragmatik. Paderborn: Fink 2011. (UTB 3480)

Fluck, Hans-Rüdiger: Fachsprachen. Einführung und Bibliographie. Tübingen: Francke⁵ 1996. (UTB 483)

Geisler, Linus: Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt am Main: Pharma-Verlag³ 1992.

Gerrig, Richard J. / Zimbardo, Philip G.: Psychologie. München: Pearson Studium¹⁸ 2008.

[Text eingeben]

- Hartog, Jennifer: Das Schweigen der Experten und das Schweigen der Laien. In: Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 42 (1990), S. 124-136.
- Henne, Helmut / Rehbock, Helmut: Einführung in die Gesprächsanalyse. Berlin: de Gruyter ⁴2001.
- Hoffmann, Michael: Funktionale Varietäten des Deutschen - kurz gefasst. Potsdam: Universitätsverlag Potsdam 2007.
- Jährig, Christian / Koch, Uwe: Die Arzt-Patienten-Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses - Eine empirische Untersuchung. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg.): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg 1982. S. 36-57.
- Kessel, Katja / Reimann, Sandra: Basiswissen Deutsche Gegenwartssprache. Tübingen, Basel: Francke 2005. (UTB 2704)
- Klemperer, David: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf> (03.04.2012)
- Lalouschek, Johanna: Möglichkeiten, Probleme und Grenzen der Arzt-Patienten-Kommunikation. Dissertation (masch.). Univ. Wien 1992.
- Linke, Angelika / Nussbaumer, Markus / Portmann, Paul R.: Studienbuch Linguistik. Tübingen: Max Niemeyer Verlag ⁵ 2004.
- Löffler, Heinrich: Germanistische Soziolinguistik. Berlin: E. Schmidt ⁴ 2010. (Grundlagen der Germanistik 28)
- Löning, Petra: Das Arzt-Patient-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps. Frankfurt am Main: Lang 1985.
- Lörcher, Helgard: Gesprächsanalytische Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Tübingen: Niemeyer 1983.
- Menz, Florian: Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation. Dissertation (masch.). Univ. Wien 1988.
- Menz, Florian / Lalouschek, Johanna / Gstettner, Andreas: Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung; ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. Wien: Lit-Verlag 2008.
- Menz, Florian: Forschungsdatenbank API-on online. <http://www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/eckdaten.php> (25.02.2012)

[Text eingeben]

- Nowak, Peter: Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschung zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen. Dissertation (masch.). Univ. Wien 2007.
- Nowak, Peter: Eine Systematik der Arzt-Patient-Kommunikation. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt am Main, Wien: Lang 2010.
- Peters, Tim: Macht im Kommunikationsgefälle. Der Arzt und sein Patient. Berlin: Frank & Timme 2008.
- Raspe, Hans-Heinrich: Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiscenzen und Ergebnisse formal-quantitativer Analysen. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg 1982. S. 1-15.
- Rosumek, Silke: Sprachliche Rituale. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Ehlich, Konrad / Koerfer, Armin / Redder, Angelika / Weingarten, Rüdiger (Hg): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdeutscher Verlag 1990. S. 27-40.
- Scheibler, Fülöp / Pfaff, Holger: Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim, München: Juventa 2003.
- Schweickhardt, Axel / Fritzsche, Kurt: Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2007.
- Schwitalla, Johannes: Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung. Berlin: Schmidt 1997.
- Siegrist, Johannes: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (Hg): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. München: Urban & Schwarzenberg 1982. S. 16-22.
- Veith, Werner H.: Soziolinguistik. Ein Arbeitsbuch mit 104 Abbildungen, Kontrollfragen und Antworten. Tübingen: Narr 2005.
- Weiberg, Anja: Ethik in der Pflege. Wien: Vorlesungsskriptum 2009.

[Text eingeben]

7. Anhang

- I. Abstract
- II. Lebenslauf

I. Abstract

In den vergangenen Jahrzehnten wurden in etwa 600 Studien zum Thema „Arzt-Patienten-Gespräch“ allein im deutschsprachigen Raum veröffentlicht, die allesamt das Ziel verfolgten, die Gründe für die Kommunikationskonflikte zu enttarnen. Die Analyse einiger dieser Untersuchungen und die kritische Hinterfragung ebendieser zeigte, dass die Forschung auf diesem Gebiet bis in die Gegenwart äußerst heterogen betrieben wurde und dass keine positive Veränderung der Kommunikation durch die Ergebnisse der durchgeführten Studien erkennbar war bzw. ist.

Der theoretische Teil präsentierte linguistische Konzepte, die Gesprächsanalyse, die Fachsprachenforschung und die Soziolinguistik, die zweckmäßige Ausgangspunkte für die sprachwissenschaftliche Forschung bieten können und die sprachliche Besonderheiten der drei unterschiedlichen Modelle der Kommunikation – paternalistisch, informierend, gleichberechtigt – aufzeigen können. Nicht zu vernachlässigen sind des Weiteren bestimmte Rahmenbedingungen, wie der Raum und der Faktor Zeit, sowie die gängigen Rollenbilder – der Arzt als Experte und der Patient als Laie –, die einen wesentlichen Einfluss auf die verbale Interaktion haben können.

Die Ergebnisse der Analyse der ersten fünf Studien brachte zum Vorschein, dass die letzten Jahrzehnte zwar eine große Anzahl an gesprächsanalytischen Untersuchungen mit unterschiedlichen methodischen Vorgehensweisen und theoretischen Grundlagen hervorgebracht haben, dass aber eine Generalisierbarkeit, sowohl aufgrund methodischer Mängel als auch theoretischen Überflusses, kaum möglich ist. Die vorgenommene Darstellung zeigte, wie komplex und unüberschaubar die zur Anwendung gelangten Methoden und Hintergrundinformationen werden können. Die sechste Studie zeigte eine maßgebliche Verbesserung in methodischer und theoretischer Hinsicht: Die systematische Analyse 12 unterschiedlicher Studien und Untersuchungen ergab ein detailliertes Bild der Arzt-Patient-Interaktion, die für weitere quantitative Studien genutzt werden kann.

Die genaue Betrachtung dreier Ratgeber aus drei Jahrzehnten, die Tipps zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient gaben, zeigte, dass einige ihre Anleitungen nicht realisierbar erscheinen, der Großteil aber durchaus praxisnah und ausführbar zu sein scheint. Allerdings war keine maßgeblich erkenntnistheoretische Progression erkennbar.

[Text eingeben]

Somit bleibt die Erkenntnis dieser Arbeit: Die Studien zeigten zwar, welche sprachlichen Mittel Schuld an der misslungenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient haben, doch führen die unterschiedlichen theoretischen Ausführungen und zum Teil auftretenden methodischen Mängel eher zu Verwirrungen als zu Aufklärungen. Der Ansatz Nowaks in Kombination mit quantitativen Studien scheint eine Möglichkeit zu bieten, um die Ergebnisse sukzessive zusammenzufassen. Auch der Vergleich der Ratgeber aus drei Jahrzehnten, zeigte, dass bereits vor etwa 30 Jahren bekannt war, wo die Probleme lagen und wie man sie lösen könnte. Dennoch gelangen auch gegenwärtige Studien zu dem Ergebnis, dass das Arzt-Patienten-Gespräch nach wie vor die gleichen sprachlichen Charakteristika aufweist, wie schon zu Beginn der Forschung.

[Text eingeben]

II. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Stephanie Jauk
Geburtsdatum: 25.09.1986
Geburtsort: Graz
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schulbildung

1993 – 1997 Übungsvolksschule der Pädagogischen Akademie in der Steiermark
1997 – 2005 BG GIBS (Graz International Bilingual School)
2005 – 2006 Studium der Rechtswissenschaften
Karl-Franzens-Universität Graz
2006-2009 Lehramtsstudium UF Deutsch und UF Geographie und Wirtschaftskunde
Karl-Franzens-Universität Graz
2009-2012 Lehramtsstudium UF Deutsch und UF Psychologie und Philosophie
Diplomarbeit: Das Arzt-Patient-Gespräch – ein kritischer Forschungsüberblick

Besondere Kenntnisse

Sprachen: Englisch und Französisch verhandlungssicher in Wort und Schrift
Spanische Basiskenntnisse