



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Bitte nicht weinen!“

Eine diskursanalytische Untersuchung zum sprachlichen
Umgang mit Emotionen in der Gesprächsausbildung an der
medizinischen Universität Wien.

Verfasserin

Lisa Brunner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 328

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Allgem./Angew. Sprachwissenschaft

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof., Mag.phil., Dr.phil. Florian Menz

Danksagung

Nach einer schier endlosen Zeit, in der ich mich mit dem Thema meiner Diplomarbeit beschäftigt habe, kann ich für mich selbst resümieren, den richtigen Weg und ein Thema gefunden zu haben, das mich nicht zuletzt während meines Studiums immer wieder begleitet hat.

Für die fachliche Unterstützung und jahrelange Geduld bedanke ich mich an dieser Stelle herzlich bei meinem Betreuer Ao. Univ.-Prof., Mag.phil., Dr.phil. Florian Menz. Auch gilt Ao. Univ.-Prof. Dr. Klaus Spiess ein Dank, hat er mir quasi die Tore zu den Anamnesegruppen eröffnet sowie Dr. phil. M.A. Johanna Lalouschek, die erst mein Interesse für medizinische Kommunikation geweckt hat.

Meinem lieben Vater, Bernhard Brunner, danke ich für die Unterstützung in jeder erdenklichen Weise, seine Geduld und daran, dass er immer an mich geglaubt hat, auch wenn er es schon selber nicht mehr glauben wollte.

Meiner lieben Mutter, Christine Brunner, danke ich dafür, dass sie mir auch nach 15 Jahren noch viel Mut, Zuversicht und Vertrauen in mich selbst gibt. Nicht zuletzt war unsere Geschichte ein Schlüsselmoment und Inspiration für diese Arbeit.

Meinen Buben, Jakob und Emil, danke ich für die Geduld, die Momente, in denen ich abschalten konnte und ihre große Liebe. V.a. Jakob hat mich über all die Jahre hinweg immer wieder aufgebaut und mir gezeigt wie wichtig es ist, Ruhe zu bewahren. Ihr habt den Stein ins Rollen gebracht! Auch meinem wohl längsten und liebsten Gefährten, David, möchte ich zu tiefst danken. Ohne ihn wäre Vieles erheblich schwieriger gelaufen.

Ein ganz spezieller Dank gilt auch all meinen Freundinnen und Studienkollegen sowie meinem Bruder und seiner lieben Frau, die mir immer wieder neue Perspektiven und Ansätze aufgezeigt haben und mir in den letzten Jahren bzw. in diesem Lebensabschnitt treu zur Seite gestanden sind.: Melanie Pumm, Philipp Brunner, Maggie Kawka, Elke Brandner, Lisa Blasch, Karen Schmidt Silvia Hellmer, Hans Eppelsheimer u.v.m.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei David Stöhr und Josua Rösing, dass ich sie bei ihrer Arbeit begleiten und beobachten durfte, sowie Pw1, Pm2, Pm3, den beiden Studentinnen und Sm2, ohne die diese Arbeit aus Ermangelung an Datenmaterial nicht zustande gekommen wäre.

Inhalt

1. Einleitung	S.3
2. Theoretischer Rahmen	S.8
2.1. Forschungsüberblick medizinische Kommunikation	S.8
2.1.1. Arzt-Patienten-Kommunikation Linguistik	S.8
2.1.2. Ganzheitliche Ansätze in der Medizin	S.17
2.2. Forschungsüberblick Kommunikation und Emotion	S.23
2.3. Ärztliche Gesprächsausbildung an der medizinischen Universität Wien- eine erste Analyse zu den Anamnesegruppen ..	S.29
3. Methodischer Rahmen	S.35
3.1. Linguistische Gesprächsanalyse	S.35
3.2. Diskursanalyse	S.40
3.3. (Linguistische) Ethnographie: teilnehmende Beobachtung	S.42
4. Die Anamnesegruppe – eine Bestandsaufnahme	S.43
4.1. Konzept Anamnesegruppe	S.43
4.2. Geschichte der Anamnesegruppen	S.45
4.3. Aktueller Stand der Anamnesegruppen	S.46
4.3.1. Anamnesegruppen Österreich	S.47
4.3.2. Anamnesegruppen Deutschland	S.47
4.4. Die Wiener Anamnesegruppen	S.49
5. Forschungsprozess und Hypothesen	S.56
5.1. Die Erhebung	S.56
5.2. Das Material	S.58
5.3. Hypothesen	S.59
6. Analyse	S.61
6.1. Das erste Gespräch 30412	S.61
6.2. Das zweite Gespräch 7512	S.64
6.3. Das dritte Gespräch 21512	S.67
6.4. Detailanalyse	S.70
6.4.1. Eröffnungsphase	S.70
6.4.2. Beschwerdenexploration	S.74
6.4.3. Vertiefende Aushandlung und interaktive Bearbeitungsstrategien	

von Bedeutung und Erleben	S.81
6.4.4. Beendigungsphase	S.93
6.5. Zusammenfassung der Analyseergebnisse	S.96
7. Resümee	S.100
8. Literatur	S.102
9. Anhang	S.110
9.1. Transkript Gespräch 30412	S.110
9.2. Transkript Gespräch 07512	S.127
9.3. Transkript Gespräch 21512	S.141
9.4. Quantitative Auswertung der Gespräche	S.179
9.5. Beobachtungsbogen	S.179
9.6. Abstract	S.182
9.7. Lebenslauf	S.183

1. Einleitung

Innerhalb der letzten 20 Jahre wurde die praktische und theoretische Ausbildung von Medizinstudentinnen¹ nicht nur einmal reformiert und Versuche unternommen sie an die veränderten Anforderungen der heutigen Gesellschaft anzupassen.

Ich werde in dieser Arbeit eine Form der ärztlichen Gesprächsausbildungssituation an der medizinischen Universität Wien diskursanalytisch untersuchen. Es werden Übungsgespräche des interdisziplinär geführten freien Wahlfachs *Tutorium Anamnesegruppen*, unter Berücksichtigung bestimmter gesprächsanalytischer Aspekte (s. Kapitel 3 und 4) mit besonderem Fokus auf den sprachlichen Umgang mit Emotionen innerhalb der Beschwerdenexploration und unter Bezug auf die von Lalouschek (2002a) eingebrachten Kritikpunkte bzgl. der Gesprächsausbildungssituation an der medizinischen Universität Wien, analysiert.

Unter anderem werde ich der Frage nachgehen, ob eine Adaptierung des Ausbildungssystems an neue kommunikative Konzepte innerhalb der Medizin (vgl. auch Kapitel 2.1.2.) erfolgreich umgesetzt werden konnten. Hierfür lege ich den Fokus auf eben ein konkretes Lehrangebot der Medizinischen Universität Wien - das freie Wahlfach Tutorium Anamnesegruppen, das sich der Förderung psychosozialer Kommunikation verschrieben hat und bereits seit mehr als 20 Jahren Studenten in ihrer Ausbildung begleitet. Näheres dazu findet sich in Kapitel 4.

Zunächst möchte ich die oben angedeuteten veränderten Anforderungen der heutigen Gesellschaft an die Medizin genauer erläutern und auf – wie ich meine – grundlegende Probleme bzw. Schwierigkeiten in der ärztlichen Gesprächsausbildung eingehen.

Für die (praktische) Ausbildung von Ärztinnen ist das Üben von Anamnesegesprächen bzw. von Gesprächen mit Patienten im allgemeinen unerlässlich, verbringen Ärztinnen doch bis zu 80% (bzw. 200.000 Gespräche) ihrer beruflichen Tätigkeit im kommunikativen Austausch mit PatientInnen (Anamnesegespräch, Aufklärungsgespräche, Visiten, Operationseinwilligungen, Diagnosemitteilungen, Therapieplanung etc.). Das Gespräch ist zentrales Werkzeug der Diagnostik. Alleine drei Viertel aller Diagnosen können aufgrund des Erstgesprächs gestellt werden (vgl. Koerfer et al. 2008:35; Lalouschek/Menz/Wodak 1990a). Das würde nahe legen, dass die Gesprächsausbildung ein Kernstück innerhalb des Medizinstudiums bildet. Wie es sich tatsächlich verhält, soll unter anderem im Anschluss aufgezeigt werden.

¹ Gendergerechter Sprachgebrauch: Um Argumenten wie erschwerter Lesbarkeit u. ä. entgegenzuwirken, werden weibliche und männliche Formen alternierend verwendet. Bei Fallbeispielen wird das tatsächliche Geschlecht angegeben.

Die Anforderungen an angehende und praktizierende Ärzte und Ärztinnen haben sich im Laufe der Jahre den gewachsenen Ansprüchen der Medizin entsprechend geändert. Koerfer et al. sprechen gar von einer „kommunikative[n] Wende“ (Koerfer et al. 2008:36).

In der Forschung - nicht nur innerhalb der Linguistik auch in der Medizin und anderen angewandten Disziplinen wurde die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs für Diagnosestellung und weiterführende Behandlung erkannt. Innerhalb der Medizin hat sich ein Wandel vollzogen: weg von einer rein somatisch-technischen Auffassung von Krankheit hin zu einer ganzheitlicheren Betrachtung des Menschen, weg vom Objekt, dem erkrankten Organ, hin zu einem Subjekt, das in seiner psychischen, sozialen und somatischen Dimension erfasst werden soll. In diesem Zusammenhang wurde erkannt, dass die Erfassung solch psychosozialer Aspekte einer Erkrankung, anders als die Erhebung rein biomedizinischer Symptome, im Sinne einer explorativen Medizin nicht immer unbedingt erfragbar ist. Patientinnen beschreiben ihre Krankengeschichte und erzählen von ihrem Leiden auf verschiedenen Ebenen. Eine Krankheit wird nicht nur an organischem Leiden festgemacht, oft wirkt sich diese Veränderung der Lebenssituation auch auf soziale und familiäre Erlebensaspekte aus. Es ist nun Aufgabe des Arztes das Leiden, das die Erkrankung mit sich zieht, in seinem ganzen Ausmaß zu erfassen. Die Zusammenhänge zwischen somatischen Symptomen und psychischen Befinden sind subjektiv und oft den Patientinnen selbst nicht bewusst. Die Ärztin muss dem Patienten die Möglichkeit bieten, sich in einem geschützten und vertrautem Rahmen über alles, was ihm zu seiner Erkrankung einfällt austauschen zu können. Ein bestehendes Vertrauen zwischen Arzt und Patient wirkt sich auf die Beziehung förderlich aus und führt in Folge zu einer höheren Kooperation bzw. Concordance, was auch in der weiterführenden Behandlung bzw. für den weiteren Therapieverlauf positive Auswirkungen hat. In der Literatur trifft man auch häufig auf die sogenannte Compliance².

Nur wenn sich der Patient wohl und vertraut fühlt, wird er auch auf ganz intime und persönliche Aspekte seiner Erkrankung eingehen und Bezug nehmen, die der Arzt hinsichtlich einer Diagnosestellung aufgreifen kann.

Gottschlich etwa spricht die affektive Wahrnehmung an: „Gerade dort, wo existentielle Erfahrungen, wie jene von Krankheit, Schmerz und Leid über Menschen hereinbrechen, dort wird die affektive Wahrnehmung selbstbestimmend“ (Gottschlich 2007:23). So ist es seiner Auffassung nach von entscheidender Bedeutung, dass Ärzte sich als empathische Zuhörer verstehen, denn „[...] es fehlen uns vielfach die Worte, mit der durchbrechenden Macht der Gefühle umzugehen,

2 Compliance: Mitarbeit der Patienten bei Behandlung und Therapie (vgl. Lalouschek 1989:25), dieser Terminus entspringt allerdings einem umstrittenen paternalistischen Ansatz (vgl. Koerfer et al. 2008:38) und wurde so zunehmend durch Concordance ersetzt, der mehr auf eine wechselseitige Übereinstimmung abzielt, also auch vom Arzt eine gewisse Anpassungsfähigkeit verlangt. Dennoch können bestehende Assymetrien nicht gänzlich aufgelöst werden (vgl. Koerfer et al. 2008:42).

der affektiven Wahrnehmung des Leidens kommunikativ, und damit dieses Leid mindernd, zu entsprechen“ (Gottschlich 2007:23) bzw. „[w]er den Patienten verstehen möchte, muss versuchen sich in seine Gefühlswelt einzufühlen“ (Gottschlich.2007:24).

Die hier betonten Fertigkeiten wie Empathie, bzw. auch der Umgang mit Emotionen stellen ein Kernstück psychosomatischer Gesprächsführung dar, das in den letzten Jahren, wohl auch aufgrund neuer, zunehmend stärker vertretener Krankheitsbilder (z.B. Morbus Chron, Essstörungen wie Anorexia und Bulimie, Burn Out etc.), mehr und mehr ins Zentrum der Betrachtung rückt.

Die sogenannten neueren Ansätze in der Medizin unterstützen z.B. auch vermehrt den Einsatz von *sprechender Medizin* (vgl. Koerfer et al. 2008; Greenhalgh 2005).

Diese geht v.a. davon aus, dass Patientinnen in der Regel von sich aus die für ihre Krankengeschichte relevanten Punkte setzen, solange sie nicht unterbrochen werden. D.h. solange die Patienten nicht durch die Aneinanderreihung geschlossener Fragen in ihren Erzählungen eingeschränkt werden, „[...] können mehr und andersartige Informationen zur Sprache kommen [...]“ (Koerfer et al. 2008:36). So wurde die Bedeutung von umgangssprachlichen und spontanen Äußerungen der Patienten lange verkannt.

Der Patientin wird zunehmend mehr Eigenverantwortung zugestanden. Ärzte sollen den geeigneten Rahmen schaffen, damit sich Patienten öffnen können und Vertrauen in den behandelnden Arzt fassen. Neben fachspezifischem Wissen ist auch aktives Zuhören, die bereits erwähnte Empathie, Einfühlungsvermögen und das Bewusstsein über die stark zweckgerichtete Art von Kommunikation wichtig.

Jenes fachspezifische Wissen, das Ärztinnen während ihres Studiums erwerben, befähigt sie – im besten Fall- je nach Krankheitsbild die für eine Diagnose erforderlichen Fragen zu stellen. Andere Fertigkeiten wie soziale Kompetenz oder empathisches Einfühlen in den Patienten werden aber nicht automatisch mitvermittelt.

So muss dieser Wandel, der sich in der Medizin vollzogen hat, natürlich auch in der Ausbildung mehr Platz finden und durch entsprechend pädagogisch aufbereitete Curricula umgesetzt werden. Es werden zunehmend mehr Lehrveranstaltungen angeboten, die sich mit psychosomatischen Konzepten beschäftigen, auch die Gesprächsführung hat Einzug ins Pflichtcurriculum gehalten, dennoch findet das medizinische Erstgespräch innerhalb des Studiums im Vergleich zu anderen Fertigkeiten nur marginal Platz. An der Medizinischen Universität Wien werden derzeit zwei Lehrveranstaltungen zum Thema Gesprächsführung angeboten. Die ärztliche Gesprächsführung (ÄGF) (vgl. Gottschamel 2011) ist ein Pflichtfach, in dem mit Simulationspatientinnen Gespräche nach einem vorgegebenen Leitfaden geübt werden. Bei den Anamnesegruppen (AG) handelt es sich um ein interdisziplinäres Wahlfach, dessen Herangehensweise ich in Kapitel 4 genau beschreiben

werde.

Die Fähigkeit mit Patienten zu sprechen und so ein möglichst umfassendes Bild von den Beschwerden zu bekommen, wird weiterhin nahezu als unspezifische Kompetenz verkannt und erst relativ spät und auch sehr praxisfern den Studentinnen näher gebracht und aufgeschlüsselt (vgl. Koerfer et al. 2008:35). Das führt dazu, dass viele Studenten ein falsches Bild von psychosomatischer, patientenzentrierter Gesprächsführung erhalten (Bsp. aus einer Anamnesegruppe: „Und hast du das Gefühl, eine biopsychosoziale Anamnese erhoben zu haben? - Ja, ich hab ja eh nach der Familie gefragt!“³). Es reicht nicht eine „bloße[...] Rhetorikschulung“ (Koerfer et al. 2008:35) anzubieten, die kommunikative Kompetenz muss auf die speziellen „Inhalte[...] und Zwecke[...]“ (Koerfer et al. 2008:35) einer biopsychosozialen ärztlichen Gesprächsführung abgestimmt sein. Nur so kann den heutigen Ansprüchen der Gesellschaft an die Medizin Rechnung getragen werden. Damit es auch zu Einstellungsänderungen kommt, muss dieser Zusammenhang verdeutlicht werden. Diese Änderungen der Einstellungen sind nötig, um von dem antiquierten Bild des Arztes weg zu kommen und das ärztliche Gespräch als medizinisch-diagnostisches Werkzeug aufzuwerten.

Ähnlich sieht es auch Gottschlich, der nicht müde wird zu betonen: „Empathie bzw. das notwendige einführende Zuhören, kurz alle Arten ärztlicher und pflegerischer Zuwendung, sind nicht Resultat von Kommunikationstechniken, sondern bilden die emotionale Grundlage für kommunikatives, am Heil des Patienten orientiertes Handeln“ (Gottschlich 2007: 70).

So ist auch mehr als 20 Jahre nach Lalouscheks diskursanalytischer Studie zu den Wiener Anamnesegruppen, die Forderung, „das ärztliche Gespräch in seinem Stellenwert als genuine ärztliche Tätigkeit“ (Lalouschek 2002a:189) aufzuwerten, geblieben, wengleich ein gewisser Wandel in der Praxis bereits deutlich wird, wie auch diese Analyse z.T. zeigen wird.

Nicht nur die Linguistik, auch die Medizin hat neben anderen angewandten Disziplinen die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs für Diagnosestellung und weiterführende Behandlung erkannt.

Adler hält fest, „[...] dass sich klinisch wichtige Zusammenhänge mit dem traditionell biomedizinischen Modell linearer 'Ursache-Wirkung-Ketten' nicht fassen lassen“ (Adler 2000:3).

So zeigt sich auch in der Ausbildung von Medizinstudentinnen ein nach wie vor stark somatisch orientiertes, dem sogenannten *herkömmlichen Arzt-Patienten Diskurs* (vgl. auch Lalouschek 2002a:89) (Aneinanderreihung von Frage-Antwort Sequenzen) anhaftendes Verständnis von kommunikativer Kompetenz.

Patientenzentrierte Gesprächsführung, biopsychosozialer Ansatz, narrative Medizin etc. sind Schlagworte, denen sich die Anamnesegruppe scheinbar verschrieben hat und die in der aktuellen

3 Häufiges Zitat aus einer Anamneseeinheit

Debatte über den Umgang mit Patienten zunehmend an Bedeutung gewinnen, allerdings während des Studiums unzureichend reflektiert und behandelt werden. Inwieweit auf die im Stationsalltag tatsächlich vorherrschenden kommunikativen Rahmenbedingungen der Institution Krankenhaus zum Beispiel ganz allgemein eingegangen wird, aber auch welcher Schwerpunkt in den einzelnen Gruppen gesetzt wird, hängt stark von den jeweiligen Tutorinnen ab.

Weder bei der ÄGF noch bei den AG besteht ein einheitlich standardisiertes, systematisches Ausbildungsschema. V.a. in den Anamnesegruppen können die einzelnen Tutoren die Schwerpunkte nach eigenem Ermessen setzen. Es ist auch anzunehmen, dass die Gesamtgestaltung der einzelnen Gruppen stark divergiert. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit den spezifischen Kriterien und in Folge mit den Kritikpunkten an der Gestaltung des Tutoriums Anamnesegruppen findet sich in Kapitel 4.

In der nun vorliegenden Arbeit möchte ich zunächst einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand der Arzt-Patientinnen-Kommunikation im allgemeinen, über die medizinische Ausbildungssituation im speziellen, sowie über ganzheitliche Ansätze der medizinischen Kommunikation geben (Kapitel 2.). Anschließend sollen die in Johanna Lalouscheks Dissertation (2002a, überarbeitete Aufl.) eingebrachten Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge bzgl. der Anamnesegruppen Wien dargestellt und aufgegriffen werden (Kapitel 2.3.). Nach Abhandlung des methodischen Rahmens (Kapitel 3.) und der Vorstellung des Konzepts der Anamnesegruppen sowie einer Bestandsaufnahme der momentan vertretenen österreichischen und deutschen Gruppen (Kapitel 4.), gehe ich in Kapitel 5 auf den Forschungsprozess und die Hypothesenbildung ein. In weiterer Folge soll in Kapitel 6 untersucht werden, inwieweit sich v.a. der sprachliche Umgang mit emotionalen Patientenäußerungen im Rahmen der Beschwerdenexploration verändert hat. Das von Lalouschek beschriebene Spannungsfeld (somatisch orientierte Ausbildung - psychosoziale Leitlinien der Anamnesegruppen) soll in diesem Zusammenhang neu beleuchtet werden. Abschließend (Kapitel 7.) werde ich einen Ausblick über anstehende Reformen in der Medizinerinnenausbildung, konkret auf die Anamnesegruppen bezogen, geben. Was kann verbessert werden, mit welchen Problemen kämpft das Wahlfach?

2. Theoretischer Rahmen

2.1. Forschungsüberblick Medizinische Kommunikation:

2.1.1. Arzt-Patienten-Kommunikation Linguistik: Überblick über bisherige Studien; kommunikative Kompetenz, institutionelle Kommunikation

Die angewandte Linguistik beschäftigt sich bereits seit den frühen 1980ern mit dem Themenkomplex medizinische Kommunikation. Es wurden bislang zahlreiche empirische Untersuchungen zu den verschiedensten Aspekten dieser zweckgerichteten Form von Kommunikation durchgeführt, die hier nur grob zusammengefasst werden sollen. Ich werde den Fokus auf für meine Arbeit relevante Studien legen und verweise an dieser Stelle auf die sehr umfangreiche Online Datenbank von Menz/Nowak/Nezhiba (2008), wo sich alle bisher durchgeführten Studien zu Formen der ärztlichen Kommunikation wieder finden:

www.univie.ac.at/linguistics/florian/api-on/ (letzter Abruf: 30.08.2013).

Auch Lalouschek Johanna fasst sehr übersichtlich bisherige Studien und Forschungsansätze zum Thema medizinische Kommunikation zusammen (vgl. Lalouschek 2002:17ff). Es findet sich bei Sator Marlene ebenfalls ein nach verschiedenen „Dimensionen“ katalogisierter und aktueller Forschungsüberblick (Sator 2011:33 ff).

Die nun folgende Übersicht bisher publizierter Studien zur ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation, orientiert sich an Sator 2011 (Sator 2011:36-38):

Grundsätzlich können die Forschungsansätze nach drei verschiedene Dimensionen typologisiert werden:

- 1) nach der methodischen Herangehensweise und Perspektivierung
- 2) nach der Art des untersuchten interaktiven Geschehens & seiner Beteiligten
- 3) nach dem Untersuchungsgegenstand

(Sator 2011:35/36)

Ad 1) Sator (2011:36ff) führt z.B. Korsch/Gozzi/Francis (1968), Korsch/Negrete (1972), Nordmeyer et al. (1981) oder Nordmeyer (1982) an, die sich mit quantitativen Aspekten wie Redezeit und der Anzahl der Unterbrechungen auseinandergesetzt haben. Nowak (2007) hat in einer Metastudie eine Auflistung nach Häufigkeit der unterschiedlichen

Forschungsansätze erstellt, die sich ebenso in Sator (2011:36ff) findet wie eine Aufzählung verschiedenster Studien zur Grundlagenforschung der Arzt-Patient-Kommunikation, die nach problem- und anwendungsorientierter Forschung differenziert werden können: Menz in Vorbereitung, Menz/Nowak 1992; Gülich/Schöndienst 1999; Sachweh 1999; Schöndienst 2002; Sarangi 2002; Lalouschek 2004; Maynard/Heritage 2005, Neises/Ditz/Spranz-Fogasy 2005; Surmann 2005, Schwabe 2006, Sachweh 2006 u. 2008; Schwabe et al. 2008; Menz/Lalouschek/Gstettner 2008; Sator/Gstettner/Hladschik-Kremer 2006.

Ad 2) Hier übernimmt Sator eine Differenzierung des untersuchten interaktiven Geschehens und seiner Beteiligten von Löning (2001) und Nowak (2007) nach:

- dem Ort: z.B. Station, Ambulanz, Praxis
- dem medizinischen Fach/Krankheitstyps: Dominanz von Innerer Medizin, Psychosomatik, allgemein Medizin
- der Patientengruppe: v.a. chronisch Kranke, SchmerzpatientInnen, KrebspatientInnen. Löning (2001) unterscheidet zusätzlich vier PatientInnengruppen: ProblempatientInnen, alte PatientInnen, weibliche PatientInnen, ausländische PatientInnen.
- dem primären Handlungsziel der Gespräche: Anamnesegespräch, Erstgespräch, Beratungen, Interviews, Sprechstunden, Folgegespräche, Ambulanzgespräche.

Ad 3) Bei der Typologisierung nach dem Untersuchungsgegenstand hält sich Sator (2011:36ff) ebenfalls an eine von Nowak (2007) getroffene Differenzierung verschiedener Gesprächskomponenten: Gesprächseröffnung, Eröffnungsinitiative von Ärzten, Fragen durch Ärzte, Zuhören durch Ärzte, Orientierungen durch Ärzte, Informationen durch Ärzte, Gemeinsame Planung, Entscheidungsfindung, Gesprächsende und körperliche Untersuchung.

In der deutschsprachigen Forschung überwiegen Studien zu ärztlichem Zuhören, zu ärztlichem Fragen (z.B.: Quasthoff 1982; ten Have 1993; Rehbein 1994; Lalouschek 1999), zu vom Arzt gegebenen Informationen, zu narrativen Rekonstruktionen (Koerfer/Köhle/Obliers 2000; Gülich/Schöndienst/Surmann 2003; Gülich 2005), zu der Bedeutung des Erzählens für die Krankheitsverarbeitung (Lucius-Hoene/Deppermann 2004; Lucius-Hoene 2001; Boothe 2001; Bury 2001) sowie zu Techniken der Inszenierung bzw. Darstellung (Gülich/Schöndienst/Surmann 2003b; Streeck 2000). Auch zu der Darstellung emotionaler Beteiligung (Fiehler 1990), speziell in Bezug auf die Emotion Angst (Kooperationsgruppe Bielefeld: Gülich/Schöndienst/Lindemann 2012) wurde geforscht.

Ähnlich wie Nowak (2007) gibt auch Sator einen Überblick über die interaktive Verfahren nach ihrer Häufigkeit: Initiativen, Fragen, Narration, Thematisierung von Emotionen, Unterbrechungen, Geben von Informationen, Metaphern, Initiativen, Konfliktaustragung, Relevanzsetzungen, Reformulierungen, metadiskursive Kommentare, Entscheidungsdialoge, Gesprächsteuerung, Verstehensprüfung, Sprecherwechsel, Formulierungsmuster (vgl. Sator 2011:36ff).

Für eine detailliertere Auseinandersetzung verweise ich auf Sator (2011), Nowak (2007) und wende mich nun den besonders für diese Arbeit relevanten Aspekten linguistischer Studien zu.

Ein essentieller Punkt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Thema ärztliche Kommunikation, insbesondere der Gesprächsausbildungssituation, betrifft den Kompetenzbegriff, der hier näher erläutert werden soll.

So ist medizinische Kommunikation als spezifische Kernkompetenz bzw. neben Kooperations- und Teamfähigkeit auch als sogenannte „Schlüsselqualifikation[...]“ (Koerfer et al. 2008:35) des Berufsbildes anzusehen und sollte auch dementsprechend zunehmend mehr Einzug in bestehende Curricula finden.

Was ist denn nun unter *kommunikativer Kompetenz* zu verstehen (vgl. Deppermann 2004; Koerfer et al. 2008)?

In der Sprachwissenschaft wurde der Begriff der Kompetenz zunächst von Chomsky in Bezug auf die Transformationsgrammatik als Gegenbegriff zur Performanz verstanden, nämlich als „die Fähigkeit des idealen Sprecher-Hörers zur Produktion und Rezeption aller möglichen Sätze einer Sprache und insbesondere zur intuitiven Beurteilung ihrer Grammatikalität“ (Deppermann 2004:16). Dell Hymes dagegen ist der Auffassung, dass kommunikative Kompetenz, „die Fähigkeit zum angemessenen Sprachgebrauch in unterschiedlichen Situationen [...] auch nicht linguistische Fähigkeiten wie „poetische, argumentative, narrative, nonverbale Fähigkeiten und kommunikativ psychologische Eigenschaften wie Mut, Empathie, Vertrauen [umfasst]“ (Deppermann 2004:16). Im Gegensatz zu den oben genannten Begriffsdefinitionen setzt sich die Gesprächsforschung aber nicht mit idealisierten Formen der Kommunikation, sondern mit authentischem, empirischen Material auseinander und ist der Ansicht, dass diese idealisierten Konzepte der tatsächlichen „Diversität“ nicht entsprechen können (vgl. Deppermann 2004:17).

Es gibt also in der angewandten Sprachwissenschaft erst seit kürzerem Bestrebungen den Begriff der Gesprächskompetenz näher zu untersuchen. Das mag v.a. daran liegen, dass es sich bei der Gesprächsforschung um eine deskriptive und rekonstruktive Wissenschaft handelt. Theoretische Erkenntniszwecke stehen oft der praktischen Ausrichtung gegenüber. So muss davon ausgegangen

werden, dass je nach Kommunikationssituation auch unterschiedliche Auslegungen von Kompetenz bestehen. Deppermann umreißt die damit einhergehenden Probleme der Begriffsfindung ganz übersichtlich (vgl. Deppermann 2004:18).

Eine ebenso brauchbare Aufschlüsselung übernimmt Deppermann von Hymes (1971). Er unterscheidet vier Ebenen der Kompetenz:

1. „Die faktische Kompetenz: Wie handelt eine Person tatsächlich?
2. Die Ideale Kompetenz: Welches Handeln ist wünschenswert?
3. Die mögliche Kompetenz: Welches Handeln ist – mit Hilfe von Training, Beratung usw. - zu erreichen?
4. Die situativ-institutionelle Ebene: Welches Handeln ist unter den gegebenen Bedingungen realisierbar?“

(Deppermann 2004:19/20)

Demnach gibt es auch innerhalb der Sprachwissenschaft verschiedene Auslegungen des Begriffs der Gesprächskompetenz. Laut Hartung (2004) ist Gesprächskompetenz die Fähigkeit:

1. „zu einer angemessenen Einschätzung der aktuellen Situation und der lokalen Erwartungen der Gesprächspartner zu kommen.
2. auf dem Hintergrund dieser Einschätzung eine den eigenen Interessen und den eigenen Ausdrucksmöglichkeiten angemessene Reaktion mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit zu finden,
3. und diese Reaktion der eigenen Absicht entsprechend körperlich, stimmlich und sprachlich adäquat zum Ausdruck zu bringen“

(Hartung 2004:50).

Die Punkte 1 und 2 zählt Hartung zu sozialer Kompetenz, 2 und 3 zu rhetorischer Kompetenz. Folglich ist Gesprächskompetenz ein „komplexes Bündel aus Fähigkeiten und Fertigkeiten [...], das ‚pauschal‘ gar nicht trainiert werden kann“ (Hartung 2004:51). V.a. die Gesprächsforschung tritt dafür ein, sämtliche Kommunikationstrainings gesprächsanalytisch zu fundieren. So sollte vor jedem Training eine der konkreten, dem jeweiligen Berufsbild entsprechenden Erhebung des Problembereichs mittels der Aufzeichnung und der Analyse von authentischem Datenmaterial erfolgen. Nur anhand von realen Situationen kann eigenes Verhalten wahrgenommen und in Folge auch kritisch reflektiert werden. In Kommunikationstrainings geht es also um eine verbesserte Wahrnehmung des eigenen (sprachlichen) Verhaltens und Bewusstmachung des eigenen „Verhaltensrepertoires“, um dieses auf „seine Angemessenheit und Wirksamkeit“ (Hartung 2004:52) zu überprüfen. Dann kann dieses Repertoire auch entsprechend erweitert werden, was zu einer Verbesserung der Ausdrucksfähigkeit auf allen Ebenen führt (vgl. Hartung 2004:52).

Ein weiterer für die Auseinandersetzung mit Arzt-Patientin-Kommunikation sehr relevanter Forschungsstrang ist jener der *institutionellen Kommunikation*.

Hier werden Fragen der äußeren Rahmenbedingungen, die die Gespräche und Interaktionen im allgemeinen in einer Institution wie eben in einem Krankenhaus, bei Gericht oder z.B. in Schulen maßgeblich beeinflussen, behandelt.

An dieser Stelle sei auf die Untersuchung von Lalouschek/Menz/Wodak (1990a), eine der ersten zur Arzt-Patienten-Kommunikation, verwiesen, bei der auch erstmals die interne Kommunikation inklusive der Kommunikation des Pflegepersonals in Bezug auf institutionelle Kommunikation analysiert wurde:

Je nach untersuchter Institution können spezifische Zwecke bzw. Ziele unterschieden werden, die die Kommunikationsabläufe prägen.

Ganz allgemein, geht der von Schüle in geprägte *relationale Institutionenbegriff* (1987) von der „basalen Trias Umwelt-Entität-Binnenwelt“ (vgl. auch Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:25) aus. Je nach Forschungsinteresse bzw. Perspektive wird eine Größe als Einheit gewählt, die in Umwelt und Binnenwelt eingebettet ist. Es stellt sich demnach die Frage, ob man z.B. im Krankenhaus Gespräche zwischen Arzt oder Patient analysiert, man einen Schritt zurücktritt und die Gesamtkommunikation untersucht oder - wie in diesem Fall - die Gesprächsausbildungssituation. Die Ausbildung (Rekrutierung und Heranbildung von Personal) ist einerseits reproduktiv, steht aber gleichzeitig auch dem produktiven Bereich, der Behandlung von Kranken, diametral gegenüber. So kann zunächst im speziellen Fall der medizinischen Kommunikation eine Unterscheidung in *produktiven und reproduktiven Bereich* (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:27ff) einer Institution getroffen werden:

Der *produktive Bereich* umfasst die Behandlung von Patienten. Es sind also Aufgabe und Zweck genau definiert. V.a. in Spitälern müssen die einzelnen Abläufe der Behandlung detailliert bzw. nach exakten Vorgaben protokolliert werden um die Umsetzung der Aufgaben auch nachvollziehen und qualitativ überprüfen zu können.

Während der *reproduktive Bereich* die Verwaltung und Ausbildung betrifft. Hier wird dafür gesorgt, „dass die Institution stabil bleibt, bestehen kann, sich selbst erhält und organisiert“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:27). Eine klare Trennung zwischen produktivem und reproduktivem Bereich ist allerdings in der Praxis kaum möglich, da auch Pflegepersonal und Ärzte während des Ambulanzbetriebs organisatorische Arbeit leisten müssen.

Ein weiterer von der Institutionenforschung geprägter Begriff ist jener der *Kontingenz*. „Als potentieller Destabilisierungsfaktor kommt hier noch dazu, dass die Situation in der Ambulanz hoch kontingent, d.h. nicht genau definiert und das Geschehen nicht voraussagbar ist“

(Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:28). Auch wenn die pflegerischen und organisatorischen Abläufe strukturiert sind - es besteht z.B. ein Zeitplan - können unvorhergesehene Situationen in der Arbeit mit Menschen immer auftreten (z.B.: Behandlung von Zweifelsfällen, viele unvorhergesehene organisatorische Zwischenfälle). So sind Pflegekräfte und Ärztinnen v.a. in einer Ambulanz mit zahlreichen Störungen und Widersprüchen konfrontiert, die ihre Arbeit zusätzlich erschweren. Um mit diesen Widersprüchen umgehen zu können, greifen sie auf sogenannte „Ausgleichsstrategien“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:28) zurück. Lalouschek/Menz/Wodak orten an dieser Stelle die Gefahr, dass im Sinne einer Aufrechterhaltung der Institution der reproduktive Bereich dem produktiven übergestellt wird. Dies würde allerdings bedeuten, dass der primäre Aufgabenbereich, also die Versorgung und Behandlung der Patienten zu Gunsten organisatorischer und verwaltungstechnischer Tätigkeiten vernachlässigt wird (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:28). So gesehen erklärt Gottschlich auch die in der Medizin festgestellte Kommunikationskrise als Vertrauenskrise: „Kommunikation, die sich mehr an vorgefertigten Regeln als an anderen und der mit ihm geteilten Situation orientiert, wird ihrem eigentlichen Anspruch nicht gerecht“ (Gottschlich 2007:67).

Lalouschek/Menz/Wodak zeigen in Folge einige dieser Ausgleichsstrategien auf. „Wir nennen solche rationalisierende und ideologisierende „Strategien“ in diesem Zusammenhang (um Brüche in der Kontingenz und Konflikte im Schnittpunkt Produktion und Reproduktion zu überbrücken!)“ Mythen“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:29). Mythen dienen demnach dazu, Widersprüchlichkeiten innerhalb der Institution zu verdecken um in weiterer Folge die Arbeit der Institutsangehörigen zu erleichtern (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:30).

Vier dieser (möglichen) Strategien sollen nun kurz umrissen werden:

Mythos vom ungestörten, vorhersagbaren Ablauf: Um mit den zahlreichen Störungen innerhalb der Institution umzugehen und um nicht an der damit einhergehenden, offensichtlichen Überbelastung zu scheitern, gibt das Institutspersonal vor, Abläufe wären gleichförmig und vorhersagbar (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:74ff). Gemeinsames Schimpfen und abwehrende Kommentare haben demnach eine „[...] entlastende wie auch solidarische Funktion [...]“ (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:77).

Mythos der Effizienz: Ärzte und Pflegende versuchen durch vermeintlich zeitsparende Handlungen das Arbeiten in seiner Effizienz zu steigern. Besonders deutlich wird dieser Trugschluss, wenn Ärztinnen alte Befunde besprechen während ein neuer Patient bereits im Behandlungszimmer auf seine Untersuchung wartet. Dadurch kommt es oft zu Missverständnissen, die erst recht wieder durch z.B. erneutes Nachfragen geklärt werden müssen (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:77).

Mythos der Zeit: Durch die bereits mehrfach beschriebenen externen und internen Störungen

geraten Ärzte und Pflegende immer wieder in Zeitdruck. Durch die zusätzliche Doppelbelastung, die durch die Aufteilung in produktiven und reproduktiven Bereich entsteht (Ärzte als Behandelnde und Lernende), verhärtet sich das Bild des gestressten und unter Zeitdruck stehenden Arztes (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:79).

Mythos des gemeinsamen Wissens - die Realität der Insider und Outsider: Selbstverständlich ist das Wissen über Ambulanz- und Untersuchungsabläufe je nach Rolle und Funktion unterschiedlich. Im Gegensatz zu den Patienten (Outsider) sind Institutsangehörige (Insider) mit dem Ambulanzbetrieb in all seinen Facetten bestens vertraut. Leider wird dieses Wissen nur selten an die Patientinnen weitergegeben. Ärzte scheinen in ihrem routinierten Handeln nicht unbedingt auf die Patienten einzugehen, was einmal mehr zur Folge hat, dass Unsicherheiten und Unklarheiten in zusätzlichen Gesprächen geklärt werden müssen. Eine angemessene Orientierung über Ablauf und Ziel der Untersuchung würde durchaus zu einer effizienteren Arbeitsweise führen (vgl. Menz/Lalouschek/Wodak 1990a:81).

Andere Widersprüche sind durchaus zunehmend kritischer Betrachtung unterzogen, aber nach wie vor existent. Hier zu nennen wären z.B. der *Mythos von Harmonie*, der *Mythos von Allwissenheit*, der *Mythos der Heilbarkeit von Krankheiten*, oder der *Mythos der Humanität* (vgl. auch Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:71).

Als weitere Charakteristik von Institutionen lassen sich *hierarchische Strukturen* nennen. Im Falle der Institution Krankenhaus sprechen Menz/Lalouschek/Wodak von einer *dreifachen Hierarchiepyramide* (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:85), die sich aus den Eckpfeilern Ärzte – Pflegepersonal – Verwaltung zusammensetzt und die sich analog zu produktivem und reproduktivem Bereich gegenseitig beeinflussen und bedingen.

In hierarchisch strukturierten Systemen verfügen die Akteure je nach Position über bestimmte Rechte und Pflichten in der Gesprächsführung. So verfügen Ärzte gegenüber des Pflegepersonals über eine höhere Entscheidungsmacht, sie sind also „weisungsberechtigt“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:86), was wiederum zu z.T. widersprüchlichen Situationen führt (Pflegende sind meist über einen längeren Zeitraum an einer Abteilung tätig und haben höhere Ansprüche an einen effizienteren und konfliktfreien Ablauf als z.B. Turnusärzte). Aufgrund der genannten widersprüchlichen Bedingungen ergeben sich Spannungen, die sprachlich ausgehandelt werden müssen. Mögliche Aushandlungsstrategien wurden von Lalouschek/Menz/Wodak aufgezeigt und in drei unterschiedliche „Kommunikationsgruppen“ gesplittet (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:85ff):

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Schwestern verläuft den hierarchischen Strukturen

entsprechend. Das Pflegepersonal wird auf der einen Seite von den Ärzten häufig ignoriert, während auf der anderen Seite die Schwestern in hohem Ausmaß argumentieren. Es kommt zu organisatorischen Fehlleistungen (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:96). Die angesprochenen hierarchische Strukturen und der zweckgebundene institutionelle Charakter lassen auch nach dem Alltagsverständnis unpassende Strategien zu.

Die Kommunikation der Ärzte untereinander bzw. miteinander ist gekennzeichnet von „Unwissenheit [über z.B. organisatorische Abläufe], Konkurrenz [Hierarchie], Stress und anderen Faktoren“ (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:108). Um eine gewisse Arbeitsfähigkeit zu erhalten, müssen diese Widersprüche für andere – v.a. für Patientinnen – verdeckt bleiben (siehe auch Mythen). Spannungen müssen trotzdem oder gerade deswegen abgebaut werden.

Die für Krankenhäuser übliche hierarchische Leiter ist auch bzw. v.a. Patientinnen bewusst und beeinflusst ebenso die Kommunikation und Kommunikationsabläufe.

In der Regel kann davon ausgegangen werden, dass die Patienten am untersten Ende der Informationskette stehen und nicht über die einzelnen Schritte des Stations- bzw.

Untersuchungsablaufs in Kenntnis gesetzt werden. Das Pflegepersonal ist weisungsgebunden und untersteht Turnusärztinnen und Oberärzten, hat aber ebenso verwaltungstechnische Aufgaben über wie die Ärztinnen. Neben der tatsächlichen Behandlung (produktiver Aufgabenbereich) von Patienten, spielt die Ausbildungsfunktion der Ambulanz eine große Rolle und ist ebenso hierarchisch strukturiert. Der Oberarzt ist sozusagen die erste Instanz und erfüllt als solche verschiedene Funktionen, wie z.B. als Ansprechperson bei Problemen zu fungieren. Er ist im Prinzip auch die einzig legitime Auskunftsstelle und Lehrer. Turnusärzte sind sowohl Auszubildende als auch Entscheidungsträger (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:109). Besonders bei der internen Kommunikation wird die Ausbildungsfunktion deutlich. Es kommt zu einer überdurchschnittlichen Verwendung von Fachtermini, medizinischem Jargon, Beratschlagen und Diskutieren über die Patientinnen in deren Anwesenheit (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:154).

Zusammenfassend kann festgehalten werden: „Die hier gezeigten komplexen, manifesten wie latenten, organisatorischen und hierarchischen Strukturen sind also die Basis, auf der Gespräche mit den Patient/inn/en ablaufen“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:155).

Die Arzt-Patient-Kommunikation in der Ambulanz zeichnet sich z.B. durch die „organisatorische Besonderheit der Teamarbeit“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:156) aus. Somit muss der Ambulanz eine Sonderfunktion eingeräumt werden. „[Sc]heinbar zeitsparende[...] Routinen und scheinbar effiziente[...] Arbeitsweisen“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:196)“, wie Teamarbeit, Besprechung von vorherigen Patienten in Anwesenheit „Neuer“, etc., sind nicht unbedingt für den

Patienten von großem Nutzen. Diese routinemäßigen Abläufe haben starke Auswirkungen auf die Arzt–Patient - Kommunikation.

„Man kann nicht routiniert mitfühlend sein. Entweder ist man routiniert oder mitfühlend“ (Gottschlich 2007:72).

Wie bereits angesprochen, führt die Doppelbelastung der Ärzte zu einer Rollenüberlastung und somit zu widersprüchlichem Verhalten in beiden Rollen.

Durch die „innere Perspektive“ (Lalouschek 2002a:18 bzw. vgl. auch Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:157), also das Miteinbeziehen von internen Kommunikationsabläufen in die Analyse, konnten neue, „dynamische Kategorien“ (Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:157) und Strategien aufgezeigt werden.

Neben den oben angeführten Variablen wurden auch Teamarbeit, das Ausmaß der Gestörtheit, Kooperationsbereitschaft (Concordance bzw. Compliance⁴) der Patientinnen oder andere Aspekte wie die prinzipielle Beziehungslosigkeit von Ärztinnen und Patienten, oder auch der Status (Privat- vs. Kassenpatient, Angehörige der Institution) (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:156/157) analysiert und in diesem Rahmen die verwendeten linguistischen Strategien beschrieben, die an dieser Stelle nur kurz erwähnt seien:

- „Geben oder Verweigern von Erklärungen (von Fachausdrücken, Therapievorschlügen und auch von Zusammenhängen und Abläufen) und damit zusammenhängend
- das Reden *mit* oder *über* die Patient/inn/en („Register“)
- Aufnehmen oder Unterbrechen von *Patienteninitiativen*, d.h. von Informationsfragen, Erklärungswünschen und Erzählungen der Patient/inn/en
- sachlicher oder bewertender (moralisierender) *Umgang mit Problemen* (non-compliance, übermäßiger Alkohol/Nikotin-Konsum etc.)“

(Lalouschek/Menz/Wodak 1990a:157/158)

Die aus dieser umfangreichen Untersuchung gewonnen Erkenntnisse haben natürlich auch die Berechtigung, außerhalb der Sonderfunktion einer Ambulanz beachtet zu werden bzw. können sie dazu dienen, die widersprüchlichen Paradigmen der ärztlichen Kommunikation bereits innerhalb der Ausbildung aufzudecken und so vorab für entsprechende Kommunikationsabläufe zu sensibilisieren.

Was bei genauerem Betrachten dieser so gelagerten Ausbildungssituation klar wird, ist, dass die angehenden MedizinerInnen einen intensiven „Prozess der Einprägung durchlaufen“ (Lalouschek 2002a:24), d.h. sie werden schon während ihres Studiums einem spezifischen „System von Normen

4 Vgl. Kapitel 1., S. 4

oder Dispositionen“ (Lalouschek 2002a:24) ausgesetzt. Diesen Prozess findet man in der Literatur auch unter dem Begriff der Sozialisation (in den medizinischen Diskurs), dem im Übrigen nicht nur Medizinstudentinnen ausgesetzt sind. Ärztliches Gesprächsverhalten hat demnach auch einen entscheidenden und prägenden Einfluss auf das Verhalten der Patienten (vgl. Compliance bzw. Concordance Kapitel 1., S. 4).

„Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle genannten Bedingungen, also die Nicht-Wahrnehmung des ärztlichen Gesprächs als genuine ärztliche Tätigkeit, die Betonung eines symptom-orientierten medizinischen Fachwissens und die realitätsverzerrende Interpretation von affektiver Neutralität, dazu führen, dass bestimmte Bereiche wie Emotionalität und individuelles Erleben im ärztlichen Gespräch keinen Platz haben (dürfen) und daher ausgeblendet werden müssen“ (Lalouschek 2002a:27).

2.1.2. Ganzheitliche Ansätze in der Medizin:

*Narrative Based Medicine, Interaction Based Medicine,
Psychosomatische Gesprächsführung*

Zu den ganzheitlichen Ansätzen findet sich ebenso in Sator (2011) eine gute Übersicht, zumal die einzelnen Konzepte methodisch geordnet sind (Sator 2011: 33ff).

Stellvertretend beschreibe ich hier kurz die Konzepte der *Narrative Based Medicine* und deren Erweiterung, die *Interaction Based Medicine*, sowie der Vollständigkeit halber den Ansatz der psychosomatischen Gesprächsführung, dem sich die Anamnesegruppen (vgl. Kapitel 3) verschrieben haben.

Narrative Based Medicine (vgl. auch Greenhalgh 2005):

Die Narrative Based Medicine ist ein Ansatz, der seit Mitte der 1980er auch zunehmend mehr Bedeutung in der Medizin findet und als Gegenstück zur evidenzbasierten Medizin zu verstehen ist. Das Verständnis geht ganz klar aus der psychosomatischen Tradition (Weiszäcker) hervor, ebenso wie in diesem Kontext die Balintarbeit (Balint), klienten- (Roger) und patientenzentrierte Herangehensweise zu nennen ist.

Bereits seit den 1990ern findet eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Narrationen in der Medizin statt. „Bedeutungs- und Signifikanzlücken entstehen beim Zuhören“ (Greenhalgh 2005:11). Greenhalgh begreift Zuhören als subjektive Wahrnehmung, die nicht objektivierbar ist. Jeder hört eine Geschichte anders, jede erzählt eine Geschichte anders. Narration ist ein wesentlicher Bestandteil von ärztlicher Kommunikation. Ein von Fachkreisen häufig genannter

Kritikpunkt (vgl. Sator 2011), der auch zu Erweiterung des Konzepts um die interaktive Komponente führte, ist die Einseitigkeit in der Kommunikation im Rahmen dieser Abhandlung dargestellt wird. Narrative Medizin ist klar der ganzheitlichen Patientinnenbetreuung zuzuordnen. Patienten erleben ihre Krankheiten und erzählen davon. Mithilfe der Krankengeschichte wird Empathie sowie das Verständnis zwischen Arzt und Patient gefördert, außerdem ist so die Konstruktion von Bedeutung und Erleben möglich, da sie nützliche Hinweise und Kategorien auf den Umgang mit der Krankheit enthalten können.

An der Berliner Charité wird beispielsweise der Reformstudienlehrgang *Medical Humanities* angeboten, in dem dieser Ansatz und die damit verbundenen Fertigkeiten, wie Empathie oder gesundheitsorientierte Gesprächsführung erlernt werden können. In diesem Zusammenhang sei auch das von Schüffel weiterentwickelte Gesundheitsgespräch (vgl. *Salutogenese* Aaron Antonovsky 1987) erwähnt, das bereits seit den 1970er Jahren als Pendant zur Pathogenese verstanden wird. Man kann es als zentrale Einsicht bezeichnen, dass mitfühlende Kommunikation ein ganz wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns ist. So wurde im Rahmen der ärztlichen Gesprächsausbildung der Frage nachgegangen, wie die sogenannte empathische Kommunikationsfähigkeit von Medizinerinnen verbessert werden kann. Zum einen muss an dieser Stelle der Begriff *Empathie* aufgeschlüsselt werden. Zum anderen ist klar, dass sich diese empathische Kommunikation nach den Bedürfnissen der Patienten richten muss.

Gottschlich fasst wie folgt zusammen: „Empathie, einführendes Zuhören, ist eine entscheidende, wenn nicht überhaupt *die* entscheidende Dimension ärztlichen Seins und ärztlichen Selbstverständnisses“ (Gottschlich 2007: 71/72). Gleichsam weist er, ebenso wie auch Koerfer et al. (2008) (s.auch Kapitel 1., S. 6) darauf hin, dass es sich hierbei nicht um eine Gesprächstechnik per se handelt, sondern vielmehr um ein Zusammenspiel aus Erfahrungswerten, Authentizität und einem damit erweitertem Handlungsrepertoire. „Empathische Kommunikation ist weder nur Methode noch gar eine Technik, die der Arzt einsetzt oder nicht einsetzt, noch lässt sie sich, wie oft suggeriert wird [...] 'leicht erklären und erlernen'“ (Gottschlich 2007:71).

Ein empathisch handelnder Arzt lässt den Gefühlen Platz. „Dazu gehört, den Erzählungen der Patienten zuzuhören, sie zu deuten und sich in diesen Erzählungen und die durch sie zum Ausdruck kommenden Gefühle involvieren zu lassen“ (Gottschlich 2007: 204).

Auch in einigen Lehrplänen findet sich mittlerweile Narration als wichtiger Bestandteil in der medizinischen (Gesprächs)Ausbildung wieder (z.B. Freiburg, Münster, etc.).

„Über die Erzählung des Patienten kann der Arzt Zugang zu dessen biopsychosozialer Situation finden, zugleich aber ist das Erzählen selbst ein therapeutischer Vorgang, weil der Patient im Bemühen, die richtigen Worte zu finden und die möglichen Ursachen und

befürchteten Folgen zu benennen, der chaotisch empfundenen Situation des Krankseins Gestalt verleiht und damit einen ersten Schritt zur Kontrolle dieser Situation setzt“ (Gottschlich 2007: 205).

Möchte eine Ärztin das Leiden, die Krankheit, eines Patienten gänzlich erfassen, so darf sie sich nicht dieser existentiellen Bedeutungsebene verschließen.

Interaction Based Medicine: (vgl. Sator 2011)

Kommunikation ist Interaktion, daher nie ein einseitiger Prozess. Bisher wurden diese interaktiven Komponenten ausgeblendet. Interaktive Verfahren – wie Initiativen, Fragen, Narration, etc.- wurden allerdings auch schon in früheren Studien untersucht. Auch hier bietet Sator eine gute Zusammenfassung bisheriger Untersuchungen (vgl. Sator 2011). Sator übernimmt die von Menz/Lalouschek/Gstettner (2008a) getroffene Differenzierung von drei zentralen Funktionen (Information, Ökonomie, Interaktion) der medizinischen Kommunikation, die durch verschiedene Rollen realisiert werden (vgl. Sator 2011:39, vgl. Menz/Lalouschek/Gstettner 2008a:14f). An dieser Stelle werden die Unterschiede bzw. die Merkmale einer asymmetrischen Kommunikation deutlich: Die Arztrolle ist charakterisiert durch die Zuschreibung spezifischer Aufgaben und Funktionen: Ärzte sind Handelnde und Experten, ausgezeichnet durch ihre Fachwissen, ihre Fach- und Organisationskompetenz, sowie durch kommunikative und soziale Kompetenz, die auf ihren Aufgabenbereich zugeschnitten ist.

Die Patientin hingegen übernimmt eine passive Rolle (patients: erdulnd), oftmals besteht nur ein Laienverständnis von ihrer Krankheit. Sie ist dem Arzt bis zu einem gewissen Grad ausgeliefert. Es besteht eine einseitige Abhängigkeit.

Die Bedeutung dieser asymmetrischen, hierarchischen Kommunikation wurde in der Forschung durchaus unter die Lupe genommen (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990). So auch das Fehlen kommunikativer Kompetenz, das sich sehr wohl auf den weiteren Gesprächsverlauf negativ auswirken kann. Patienten reagieren oftmals mit einer ablehnenden Haltung (vgl. auch Compliance/Concordance, Kapitel 1., S. 4 sowie Kap. 2.1.1., S. 16), was es der Ärztin erschwert relevante medizinische Informationen zu erhalten (vgl. Sator 2011:39). Das ärztliche Sprachverhalten hat also direkten Einfluss auf die Mitarbeit der Patientinnen und die Beziehung zwischen Arzt und Patientin.

Sator greift die von Labov/Faushel 1977 getroffene Differenzierung von *doctor's events* und *patient's events* auf (vgl. Sator 2011:40). *Doctor's events* sind gekennzeichnet durch medizinisch diagnostisches und therapeutisches Wissen, während *patient's events* sich auf das subjektive Erleben und die individuelle Vorgeschichte beziehen. Daraus ergibt sich eine arzt spezifische

Relevanzsetzung der von der Patientin gegebenen Informationen. Der Arzt muss die medizinisch unspezifischen genannten Informationen in für die Diagnosefindung und Therapieplanung relevante Begrifflichkeiten übersetzen. Werden an dieser Stelle erlebensrelevante Punkte des Patienten außer Acht gelassen, so spricht man von einer „Fragmentierung [...] als Schritt der Teilung, Herauslösung und biomedizinischen Reduktion“ (Lalouschek 2002a: 26) bzw. auch von „divergierenden Relevanzen“ (vgl. Sator 2011:40). Im schlimmsten Fall kann das zu einer falschen bzw. ungünstigen Diagnosestellung und Therapieplanung führen.

Tatsächlich ortet Sator (v.a. im Hinblick auf die interaktive Dynamik von Schmerzdifferenzierungen) verschiedene linguistische Kategorien wie Erweitern, Reduzieren, Modifizieren, Detaillieren und Sichern, die unterschiedliche Funktionen im medizinischen Gespräch übernehmen. Auch Koerfer et al. (2008) haben erkannt, dass „[i]n der Praxis der Entscheidungsfindung [...] weiterhin verschiedene Varianten und Mischformen zu differenzieren sein [werden], will man reales ärztliches Gesprächsverhalten nicht nur als Devianz gegenüber ‚Idealtypen‘ der Grundmodelle, sondern als flexible Anpassungsleistungen gegenüber einem individuellen Beteiligungsbedarf von Patienten erfassen können, der sich erst situativ in der Interaktion mit dem Arzt entwickeln mag“ (Koerfer et al. 2008:40). Neben der genaueren Betrachtung der interaktiven Bearbeitung, kann so auch die „[...] Rolle der ÄrztInnen in gleicher Weise berücksichtigt [...]“ (Sator 2011:244) werden.

Gerade diese interaktiven Prozessierungsverfahren (vgl. Lalouschek 2002:63ff, 147) sind ausschlaggebend für eine effektive Arzt-Patientin-Kommunikation und wurden bei den bisherigen Modellen der *Evidence Based Medicine* und der *Narrative Based Medicine* zu wenig berücksichtigt. „Die Symptome werden in der Regel für abfragbar gehalten; dass sie sich im Gespräch interaktiv konstituieren und somit in hohem Maß an die Interaktion gebunden sind, [...]“ (Gülich/Couper-Kuhlen 2007:31 zitiert nach Sator 2011:243), wird oftmals außer Acht gelassen.

Wie schon zuvor erwähnt, entstammen die beiden vorangehenden Modelle der Tradition der psychosomatischen bzw. patientenzentrierten und biopsychosozialen Medizin, in diesem Sinne sollen auch die Grundsätze der biopsychosozialen und psychosomatischen Gesprächsführung besprochen werden.

Die *biopsychosoziale Medizin* (vgl. Adler 2005) geht davon aus, dass Entstehung und Verlauf von Krankheiten durch sowohl somatische, psychische und soziale Faktoren bedingt sind. Das bis in die späten 1990er dominierende und auch z.T. heute noch vorherrschende Konzept einer *mechanistischen, biomedizinischen* (vgl. Adler 2005:7) Herangehensweise besteht seit dem 17.

Jahrhundert und wurde nur zaghafte an die heutigen Bedürfnisse der Medizin angepasst. Waren früher plötzlicher Kindstod, Krankheiten wie Cholera, Pest o.ä. häufiges Betätigungsfeld der medizinischen Versorgung, finden sich ÄrztInnen von heute eher mit chronischen Schmerzen und altersbedingten Abnützungserscheinungen konfrontiert. Es gibt eine Vielzahl an Medikamenten, eine Vielzahl an Krankheitstheorien. Dennoch beherrschen *dualistische* Ansätze (vgl. auch Adler 2005:7 und Adler 2000:6) nach wie vor Lehrbücher, Wartezimmer und Praxen.

Ein klassisches Anamnesegespräch nach dem biopsychosozialen Konzept lässt sich unterteilen in:

- biographische Anamnese (alle biographischen Angaben: Geburtsdatum, Wohnort, frühere Erkrankungen, Krankheitsverlauf, Krankheitssymptome etc.)
- psychische Anamnese: alle psychischen Faktoren, die am Krankheitsverlauf beteiligt sind (Arbeitssituation, Wohnsituation, familiäre Umstände, Ängste, Erwartungen, Stressfaktoren, etc.)
- soziale Anamnese: alle sozialen Faktoren, die am Krankheitsverlauf beteiligt sind (s.o.)

So steht z.B. den Studentinnen ein an der Kölner Klinik für Psychosomatik entwickeltes und bereits mehrfach überarbeitetes Manual (Kölner Evaluationsbogen KEK 2007) zur psychosomatischen Grundversorgung zur Verfügung (vgl. Koerfer 2008:78), das sich an eben jener Unterteilung (s.o.) orientiert.

Die *Psychosomatische Gesprächsführung* ist eine Anamnesetechnik nach George.L. Engel (1977). Er erachtete es als notwendig, Gesprächsführungskonzepte sowie Erklärungsmodelle der Medizin zu hinterfragen, da es offensichtlich ist, „[...] dass sich klinisch wichtige Zusammenhänge mit dem traditionell biomedizinischen Modell linearer Ursache-Wirkung-Ketten nicht fassen lassen“ (Adler 2000:3).

In der Psychosomatik wird der „Mensch in seiner komplexen psychosozialen Vernetztheit in den Mittelpunkt der Behandlung“ (Lalouschek 2005:50) gestellt.

Konzepte der Psychosomatischen Medizin orientieren sich an folgenden Leitlinien:

Jede Krankheit wird als ein Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen angesehen. Das Gespräch wird als zentraler Bestandteil der Behandlung gesehen und orientiert sich sowohl an Symptomen als auch an lebensweltlichen Zusammenhängen. Die Beziehung zwischen Arzt und Patientin ist partnerschaftlich, es geht folglich nicht nur um eine Symptomabklärung sondern auch um ein Einbeziehen der Patientin in den Therapieverlauf (vgl. Lalouschek 2005:51). Der interaktive Charakter bzw. die Interaktionsfunktion eines (Anamnese)Gesprächs wird hervorgehoben. Ein Faktum, das auch in biomedizinischen Konzepten nahe gelegt wird, nämlich dass Patienten auch als Personen, also als Subjekte wahrgenommen werden sollen, allerdings ohne Hilfestellung, wie dies in das herkömmliche Ablaufschema einer Anamnese passen soll.

In der psychosomatischen Gesprächsführung hingegen ist die Interaktionsfunktion an erster Stelle angesiedelt, gefolgt von der Informations- und der Integrationsfunktion.

Ähnlich dem bio-psycho-sozialen Konzept findet man auch bei der psychosomatischen Gesprächsführung ein ungefähres Ablaufschema (vgl. Lalouschek 2005: 62ff; vgl. Koerfer 2008):

1. die Eröffnungsphase: Gesprächsökonomie durch Orientierung: Begrüßung, Name und Funktion des Arztes, Erkundigung nach aktuellem Befinden, Zweck und ungefährer Ablauf des Gesprächs (Skizzieren der Gesprächs- und Untersuchungsschritte)
2. Die Beschwerdendarstellung: Die Patientin soll in ihrer „bio-psycho-sozialen Lage“ erfasst werden, um das Erstellen einer „Landkarte der Beschwerden“ (Lalouschek 2005:64) mittels offener Fragen zu ermöglichen. Die Patienten haben so Platz eigene Themen einzubringen und Relevanzen zu setzen. Ärzte beschränken sich in diesem Teil der Anamnese auf aktives Zuhören (Hörersignale, Stellen weiterer offener Fragen).
3. Vertiefte Beschwerdenexploration: Die Ärztin kann nun aufgrund der erhaltenen Informationen eigene Relevanzen setzen und – auch geschlossen - nachfragen. Die für die Diagnose und Behandlung wichtigen Zusammenhänge müssen erfasst werden. „Um Zugang zum inneren Bezugssystem der Patienten zu bekommen, müssen die eingeführten Themen und Symptomdarstellungen aufgenommen und die zugrundeliegenden Bedeutungsdimensionen erfasst und thematisiert werden“ (Lalouschek 2005: 68).
4. Abschlussphase: Hier ist noch einmal Platz für die Gesprächsbeteiligten noch offene Fragen einzubringen und sich in Bezug auf folgende Behandlungsschritte zu informieren.

Patientenzentrierte oder klientenzentrierte Gesprächsführung wird oft synonym mit Psychosomatischer Gesprächsführung verwendet. „Klientenzentrierte Gesprächsführung unterstützt die Klientin aus einer problematischen Situation heraus Lösungs- und Veränderungsmöglichkeiten für sich zu finden“ (Weinberger 2006: 128) und folgt drei Bedingungen:

1. Empathie
2. Unbedingte Wertschätzung
3. Echtheit/Kongruenz

(vgl. Weinberger 2006:22).

Lalouschek zeigt u.a. auf, dass es nur durch stetige Reflexion des eigenen sprachlichen Verhaltens und dessen Auswirkungen zu einer Veränderung und Aufwertung der Gesprächskompetenz im Sinne einer patientenzentrierten Medizin kommen kann (vgl. Lalouschek 2005:48).

„Die daraus resultierende Betrachtungsweise, dass Körper und Seele Organe einer Einheit sind, die in multikausaler Wechselbeziehung miteinander verbunden sind, ist das Prinzip einer patientenzentrierten, psychosozialen ärztlichen Grundhaltung, eine Haltung, die

therapeutischem Handeln ganz generell zugrundeliegt“ (Lalouschek 2002a:42).

D.h. das Eingehen auf diese Wechselbeziehungen, die individuell sehr verschieden sein können und den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen, ist zentraler Bestandteil psychosomatischer Gesprächsführung und bedarf sehr spezifischer Kompetenzen. Empathie und aktives Zuhören sind wesentliche Werkzeuge und als Schlüsselkompetenzen anzusehen.

2.2. Forschungsüberblick Kommunikation und Emotion

Da ich den Fokus in meiner Analyse auf den sprachlichen Umgang mit Emotionen lege, ist es sinnvoll den bisherigen Forschungsstand zu Kommunikation und Emotion zu umreißen.

Als besonders wichtig erachte ich die interaktive Natur von Emotionen, also die wechselseitige Beeinflussung in der Interaktion oder wie Fiehler es nennt die *interaktive Prozessierung* (s.u.).

Wie später (Kapitel 2.3.) ausführlich behandelt, zeigt Lalouschek in ihrer Dissertation (Lalouschek 2002a) etliche Schwierigkeiten in Bezug auf psychosomatische Anamnesetechniken auf, die vor allem im Kontext emotionaler Äußerungen von Patientinnen sichtbar werden.

Da Emotionen sprachlich nicht immer manifestiert werden, hat sich auch die Forschung bislang nur marginal mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

Ich werde mich auf eine alltagssprachliche Definition von Emotion stützen: Fiehler meint, „[s]ie [die Emotionen] widerfahren dem Individuum, führen mit zunehmender Stärke ein Eigenleben und bestimmen als fremde Mächte das Individuum in seinen Handlungen“ (Fiehler 1990a:42). Versteht man Emotionen als interaktive Phänomene, erscheinen v.a. deren Funktionen innerhalb des Interaktionssystems und Personalsystems ausschlaggebend.

So führt Fiehler 15 *Komponenten einer interaktiven Konzeptualisierung (IK) von Emotionen* an.

Die wichtigsten Aspekte greife ich im Folgenden auf:

1. „*Emotionen* sind primär als *interaktive Phänomene* relevant. [2...]
3. Den *Emotionsmanifestationen* in der Interaktion können, müssen aber keineswegs *Emotionen* zugrundeliegen.
4. In der Interaktion stellen sich den beteiligten spezifische *Emotionsaufgaben*. [5...]
6. *Emotionen* erfüllen primär die Funktion einer *bewertenden Stellungnahme*. Sie sind ein spezifisches Verfahren und eine spezifische Form der Bewertung. [7...]
8. *Emotionen* werden in der Interaktion *kommuniziert*. Dies geschieht in wesentlichen Teilen durch *Emotionsmanifestationen* und ihre Deutung.

9. Interaktionsrelevant *manifestierte Emotionen* können *interaktiv prozessiert* werden.

10. *Emotionen* sind eine spezifische Form des *Erlebens*. [11...]

12. *Emotionen* sind – individuell wie interaktiv – *regulierbar*.

13. In der Interaktion wird Erleben auf *verschiedenen Stufen der Konkretisierung manifestiert*, bis hin zu *abgrenzbaren Emotionen*“

(Fiehler 1990a: 44ff).

Fiehler spricht in Anlehnung an Bühlers Ausdrucksfunktion von einer expressiven, emotiven Grundfunktion von Sprache (vgl. Fiehler 1990a:17). So sieht er emotionale Äußerungen als bewertende Stellungnahmen an, basierend auf bestimmten Wert- und Moralvorstellungen, die bestätigt oder abgelehnt werden können (vgl. Fiehler 1990a:47).

Da für diese Arbeit v.a. die kommunikativen Prozesse relevant sind, verweise ich auf ausführlichere theoretische Überlegungen bei Fiehler (1990a) und beschränke mich an dieser Stelle ausschließlich auf die unterschiedlichen interaktiven, kommunikativen Prozesse.

Fiehler spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten Kommunikationsaufgaben, d.h. der kommunikativen Bearbeitung und Prozessierung spezifischer Emotionsaufgaben (vgl. Fiehler 1990a:94ff). Die hier angewandten kommunikativen Verfahren „können sich zu kommunikativen Mustern verfestigen. Muster sind verfestigte und sozial standardisierte Verfahren, die zur Realisierung spezifischer, im sozialen Prozess häufig wiederkehrender Aufgaben oder Zwecke dienen“ (Fiehler 1990a:94).

Er differenziert zwei Kommunikationsaufgaben, nachdem er grundsätzlich zwischen dem *Ausdruck* und dem *Thematisieren von Emotion* unterscheidet (vgl. Fiehler 1990a:98). Wird Emotion zum Thema der Interaktion, so spricht er von „kommunikativen Verfahren der Erlebensthematisierung“ (wie Erlebensbenennung, der Erlebensbeschreibung und dem Muster der Bewertungsteilung), wird Emotion aber nur zum Ausdruck gebracht, so sieht er dies als „kommunikatives Verfahren des Erlebensausdrucks“ (Fiehler 1990a:98), das aber nicht zwingend auch eine interaktive Bearbeitung verlangt. Sobald Emotion thematisiert, also interaktiv relevant gesetzt wird, zeigen sich verschiedene Anforderungen an die kommunikative Bearbeitung. Hier zu nennen sind:

Emotionale Manifestation: Durch verbale Thematisierung von Erlebten wird Emotion manifest, also als Teil der Realität konstituiert.

Deutung von Emotion: in Folge der Manifestation werden die „emotionalen Befindlichkeiten“ mehr oder weniger intensiv wechselseitig gedeutet“ (Fiehler 1990a:95).

Diese interaktive Deutung zieht nicht unbedingt auch kommunikative Verfahren nach sich, es kann aber durchaus zu „Nachfragen, projektiven Erlebensthematisierungen oder Aushandlungen“ kommen (vgl. Fiehler 1990a:95). Die Deutung von Emotionen hat durchaus einen interpretativen

Charakter.

Fiehler führt zur Veranschaulichung der Vielzahl an Möglichkeiten, wie Erleben und Emotion manifestiert werden können eine schematische Darstellung der kommunikativen Muster und Verfahren an. Er trifft eine Unterscheidung nach physiologischen (z.B. Zittern), nonvokalen (Mimik, Gestik), vokalen nonverbalen (Affektlaute, Lachen) und verbalisierungsbegleitenden (Sprechtempo, Stimmcharakteristika) Manifestationen, sowie Manifestationen, die sich im verbalen Anteil von Äußerungen zeigen und jenen, die durch das Gesprächsverhalten, durch das Thema, den Diskurstyp, durch Strategien der Gesprächsführung, in der Gesprächsorganisation oder in der Gesprächsmodalität dargestellt werden (vgl. Fiehler 1990a: 96). Die interaktive Prozessierung von Emotion findet im Anschluss an Manifestation und Deutung von Emotionen statt. Es kommt zur interaktiven und kommunikativen Bearbeitung der Erlebnisinhalte.

„Ist ein Erleben durch Manifestation oder Deutung als Interaktives Faktum konstituiert, so bestehen 3 Möglichkeiten, wie sich die Interaktion fortentwickeln kann [...]“

(Fiehler 1990a:147). Entweder kann die Äußerung übergangen werden, oder es kann zu einer Gegenmanifestation kommen, oder eben auch zu einer interaktiven Weiterbearbeitung, nach Fiehler Prozessierung benannt. Diese Prozessierung kann auf unterschiedliche Weise passieren. Fiehler führt vier „Prozessierungsstrategien“ (Fiehler 1990a:95) an:

Eingehen, Hinterfragen, Infragestellen und (demonstratives) Ignorieren.

Zentral für die Prozessierungsstrategie *Eingehen*, ist das Anteilnahmemuster. „Äußerungen, die ein deutlich negatives oder positives Erleben manifestieren, zusammen mit den kommunikativen Aktivitäten die darauf eingehen, nenne ich das Anteilnahmemuster. Es dient der interaktiven Prozessierung von Erleben und hat seine Grundlage in den Erfordernissen emotionaler Korrespondenz.“ (Fiehler 1990a:151). In Fiehler findet sich eine schemenhafte Darstellung des Anteilnahmемusters, auf die ich an dieser Stelle verweise (s. Fiehler 1990a:151).

Von „renormalisierenden bzw. versachlichenden Verfahren“ spricht man z.B. bei folgenden Äußerungen: Ist ja schon gut!; Denk einfach nicht daran, dann wird's schon besser.

Werden Emotionen hinterfragt oder infrage gestellt, so spielt das Divergenzmuster eine wesentliche Rolle bei der Bearbeitung. Es kommt zu einer sogenannten Positionskonfrontation, Sprecher und Hörerin nehmen bezüglich der Erlebensthematisierung Gegenpositionen ein (vgl. Fiehler 1990a:206). Eine spezielle Form der Prozessierung stellt die Emotionsregulation dar (vgl. Koerfer 2008:38).

An dieser Stelle sei auch kurz die Emotionsanalyse (vgl. Fiehler 1990a) erwähnt, die meines Erachtens nach aber einen stark interpretativen Charakter besitzt. Es handelt sich hierbei um eine diskursanalytisch orientierte Interaktionsanalyse, deren Grundlage auditive Aufzeichnungen und

Transkripte darstellen. So können z.B. „spezifische kommunikative Muster der Emotionsprozessierung [im Hinblick auf bestimmte kommunikative Strategien herausgearbeitet werden], die durch Emotionen ausgelöst werden“ (Fiehler 1990a:185).

Ein vor allem auf der onkologischen Abteilung, an der die in meiner Arbeit analysierten Gespräche aufgenommen wurden, häufig auftretendes Gefühl ist die Angst. Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung mit dem Tod, starken Schmerzen und großen Beeinträchtigungen ihres bisherigen Lebensstils konfrontiert.

Gülich/Lindemann/Schöndienst (2010b) haben in einem Forschungsprojekt zur interaktiven Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patienten-Gespräch 2004 die kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst bei PatientInnen mit Anfallserkrankungen und/oder Angsterkrankungen an der Universität Bielefeld untersucht.

Die kommunikativen Formen und Verfahren, wie Patientinnen ihre Ängste darstellen, wurden ins Zentrum der Forschung gerückt. Eine Erkenntnis dabei war, dass jene „konversationelle[n] Formen“ (Gülich/Bergmann/Schöndienst/Wörmann 2004:2), wie über Krankheit gesprochen wird, mit der jeweiligen Erkrankung selbst zusammenhängen. Die verwendeten „[...] Formulierungs- und Darstellungsmuster, so wie andere kommunikative Ressourcen wie z.B. Mimik, Gestik oder Blickrichtung [...] können Aufschlüsse über verschiedene Formen von affektiver Beteiligung und Bearbeitung geben“ (Gülich/Bergmann/Schöndienst/Wörmann 2004:2).

So wurde im Rahmen dieser Studie gezeigt, dass z.B. Epilepsie Patienten auf unterstützende kommunikative Arbeit ihrer Gesprächspartnerinnen angewiesen sind, während jene, die unter Panikattacken leiden, grundsätzlich zu Relevanzhochstufungen tendieren, anders als Patientinnen mit sozialen Ängsten, die wiederum zu Relevanzrückstufungen ihrer subjektiven Belastungen neigen und häufig Schweigephasen einbauen.

In ihrem Abschlussbericht merkt Gülich an, dass die systematische Beschäftigung mit Emotionen jedoch noch in ihren Anfängen steckt und verweist auf verschiedenen Abhandlungen zu dem Thema (vgl. dazu Gülich/Lindemann 2010a:271). Angsterkrankungen stellen heutzutage die häufigste psychische Erkrankung dar. Deren kommunikative Darstellung wurde aber bislang kaum bzw. nur sehr marginal betrachtet, was sich unter anderem auch auf Diagnostik und Therapie auswirkt. Das Corpus der oben angeführten Analyse bilden 10 Interviews mit stationär aufgenommenen Patienten einer psychiatrischen Klinik oder Epilepsieklinik. „Die Analyse [...] zeigt, wie der Interaktionsprozess und die Interaktionsgeschichte im Laufe der Zeit neue und andere Voraussetzungen für die Rekonstruktion ein und derselben Episode schafft und unterschiedliche Rahmungen für deren Interpretation bereitstellt“ (Gülich/Lindemann/Schöndienst 2010b:154). So

finden sich bereits zu Beginn des detailliert untersuchten Interviews (Einzelfallstudie) alle zentralen Elemente, die Angst an sich wird aber nicht explizit benannt. Erst durch die interaktive Bearbeitung kann anhand der narrativen Rekonstruktion eines Angsterlebnisses auch die Angst als solche kommunikativ dargestellt werden (vgl. Gülich et al. 2010 a+b). Für eine genaue Aufschlüsselung der kommunikativen Darstellung von Emotionen bedarf es freilich einer multidimensionalen Analyse. Neben Prosodie spielen auch Aspekte wie Blickkontakt, Gesten, Mimik, Körperhaltung usw. eine große Rolle.

In Lotz (2000) sind Studien zu Bewältigungs- und Copingstrategien im Hinblick auf postoperatives Stresserleben, Schmerzzustände, auftretende Komplikationen und emotionale Befindlichkeit von Patienten ausführlicher beschrieben, allerdings nicht auf gesprächsanalytischer Basis (vgl. Lotz 2000:27ff). In Kapitel 4 hebt auch er hervor, dass „[a]lle Berufsgruppen, die in der präoperativen Situation in Kontakt mit Patientinnen treten, [...] mehr oder weniger mit den Emotionen der Betroffenen konfrontiert [sind]“ (Lotz 2000:34).

Im Gegensatz zu Gülich setzt sich Lotz allerdings mehr mit dem pflge-theoretischen Diskurs auseinander. Er betont die Urgenz „einer adäquaten Unterstützung zur Aneignung und Anwendung effektiver Bewältigungsstrategien. „[Denn] unterschätzt die Pflegekraft die Interdependenzen zwischen Ängsten und den verschiedenen Lebensaktivitäten, so können daraus schwerwiegende Konsequenzen für die Betroffenen resultieren“ (Lotz 2000:34).

An dieser Stelle führt er einige, zum Teil schon ältere Studien an, die „die Bedeutung von emotionalen Stressoren auf die Interaktion zwischen Patientinnen und Pflegenden“ (Lotz 2000:35ff) sowie deren Auswirkungen fokussieren.

Lotz führt eine für meine Studie durchaus sinnvolle Systematisierung möglicher Verbalisierungen in Anlehnung an Abke (vgl. Abke 1985:98) an:

- „emotionale Verbalisierungen: Das globale Ausmaß der Angstinduktion wird durch die subjektive Befindlichkeit und den erlebten Stress ausgedrückt.
- Somatische Korrelate: Die im Zusammenhang mit der Angst vorherrschenden körperlichen Sensationen (nebst psychosomatischer Beschwerden) werden von Patienten verbalisiert.
- Kognitive Komponenten: Die Betroffene äußert aktuelle oder potentielle Bewältigungsstrategien oder die mangelnde Fähigkeit selbige zu initiieren bzw. aufrecht zu erhalten. Daneben können individuelle Kompetenzerwartungen und die Attributionen bezüglich der eigenen Kompetenz bzw. Inkompetenz fokussiert werden.
- Motivationale Aspekte: Die Mitteilung erfolgt zumeist über real existente oder intendierte Bewältigungsstrategien auf motorischer und kognitiver Ebene (z.B. Flucht, Aggression,

Vermeidung)“

(Lotz 2000: 39/40).

Die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten ihre affektiven Befindlichkeiten nicht adäquat ausdrücken also verbalisieren können (z.T. aufgrund äußerer Faktoren wie fremde Gesprächspartnerin, Tabuisieren von Emotionen), wird von ihm ebenso aufgegriffen wie die Möglichkeit der „Encoding failures“ nach Pearce (Lotz 2000:40). Gemeint sind damit jene Transferfehler, die beim Senden sprachlicher Symbole auftreten können.

Im Anschluss führt er einige mögliche Handlungsweisen und deren Auswirkungen von Pflegekräften an, wie z.B. Identifizierung, Distanzierung, Omnipotenz, Somatisierung, Versachlichung u.v.m. (vgl. Lotz 2000:41).

Wie bei einigen anderen Werken (z.B. Weinberger 2006) finden sich auch bei Lotz Hinweise auf sogenannte Gesprächstechniken, die empathische Haltung ausdrücken (vgl. Lotz 2000:43). Dies mag zwecks Sensibilisierung des eigenen Gesprächsverhalten durchaus sinnvoll sein, dem eigentlichen Ziel der Förderung empathischer Kommunikation allerdings nicht unbedingt dienen (vgl. Kritikpunkte der Gesprächsanalyse an herkömmlichen Trainingskonzepten zur Gesprächsausbildung, Kapitel 2.1., S. 10ff).

Wohl aber wird die Bedeutung der Qualität des pflegerischen Aufnahmegesprächs für die weiterführende Behandlung und den Beziehungsaufbau gerade in Bezug auf die emotionale Befindlichkeit des Patienten erkannt. „Angst zählt zu den grundlegendsten Erfahrungen des Menschen und hat einen multidimensionalen Einfluss auf die gesamte Existenz. Pflegende, die den Menschen als Mittelpunkt ihrer Bemühungen fokussieren, müssen den Patientinnen eine situationsgerechte Hilfestellung anbieten, welche die Mobilisierung von Ressourcen ermöglicht, habituelles Rollenverhalten verändert und der Entwicklung pathologischer Abwehrmechanismen entgegenwirkt“ (Lotz 2000:43).

Lotz geht in seiner Untersuchung konkret zwei Forschungsfragen nach:

1. „Wie reagieren Pflegende auf Angstäußerungen der PatientInnen im Sinne einer Antezedenz-Konsequenz-Verknüpfung“
2. „Welche Bewältigungsstrategien werden den PatientInnen durch die Pflegenden angeboten?“ (Lotz 2000:45).

Er räumt ein, dass gerade der Erlebensausdruck nicht nur auf verbaler Ebene manifestiert wird, sondern auch gestische und mimische Komponenten mitschwingen und somit z.T. nur schwer erfassbar sind und oft einer interpretativen Einschätzung unterliegen.

In diesem Zusammenhang spricht er auch von der sogenannten „Larvierung von Botschaften seitens der Patienten“ (Lotz 2000:67), also verdeckt geäußerten Gefühlen, was deren Identifikation

zusätzlich erschwert. Zudem müssen Angstinhalte differenziert werden. Handelt es sich um diffuses Angsterleben oder besteht die Angst, sich z.B. zu verletzen?

Lotz warnt davor, dass Pflegende Angstäußerungen verharmlosen. „Eine ausschließlich auf Beruhigung der Patientinnen basierende Kommunikationsstrategie mit Missachtung bzw. Negierung der Empfindungen, Risiken und Einschränkungen kann zu gefährlichen Fehleinschätzungen und defizitären Verhaltensweisen der Patientinnen führen, da im Zuge einer mangelnden Adäquanz bei der Fokussierung potentieller Gefahrensituationen die Notwendigkeit der Eigeninitiative tendenziell unterschätzt wird“ (Lotz 2000:77). Patienten können Verharmlosungen nicht akzeptieren und es kann zu einer Angststeigerung kommen. Unspezifische Beruhigungen etwa führen im besten Fall nur zu einer „kurzfristig[en] kognitiv[en] Distanzierung zu den Angstinhalten“ (Lotz 2000:77). Um Ängste benennen und völlig auflösen zu können, müssen alle subjektiven Angstinhalte und -quellen thematisiert werden.

Generell ortet Lotz eine hohe Unsicherheit der Pflegenden im Umgang mit Emotionen, die er auf fehlende Sensibilität, mangelnde Wahrnehmung und als Folge von unzureichender Relevanzsetzung zurückführt.

„Die Vernachlässigung des psycho-emotionalen Erlebens führt zu der Vermutung, dass Ängste als ein obligater und situationsimmanenter Bestandteil des Befindens der Patientinnen angesehen werden; die `Normalität` dieser Empfindungen bedarf somit scheinbar keiner weiteren Erwähnung. Eine große Bedeutung spielt hierbei sicherlich auch ein Pflegeverständnis, welches den körperlich-funktionalen Defiziten der Patientinnen eine deutlich größere Priorität beimisst“

(Lotz 2000:79).

Zur Verbesserung des vorherrschenden Pflegeverständnisses rät Lotz zu regelmäßigen, interdisziplinären Fallbesprechungen um alle an der Behandlung bzw. an der Pflege Beteiligten einzubeziehen sowie vorab in der Krankenpflegeausbildung eine stärkere Ausrichtung auf psychologisch orientierte Interaktionskompetenzen und die Thematisierung von Ängsten und Angstinterventionen.

2.3. Ärztliche Gesprächsausbildung an der medizinischen Universität Wien eine erste Analyse der Anamnesegruppen

Die vorliegende Arbeit versteht sich nicht unbedingt als Fortsetzung dieser ersten diskursanalytischen Untersuchung zur Gesprächsausbildungssituation an der medizinischen Universität Wien, vielmehr möchte ich anhand aktueller, authentischer Gespräche und unter

Berücksichtigung anderer in der Lehrveranstaltung verwendeten Methoden das von Lalouschek beschriebene Spannungsfeld *neu* darstellen. Sehr wohl beziehe ich mich aber auf viele Punkte ihrer Kritik. Dementsprechend findet sich hier eine Zusammenfassung der von Lalouschek 1989 durchgeführten Studie, die 2002 in überarbeiteter Auflage neu erschienen ist.

Lalouschek hat in ihrer Dissertation „fallstudienartig die Bedingungen und Ergebnisse eines Gesprächsausbildungsmodells für MedizinstudentInnen diskursanalytisch untersucht [...]“ (Lalouschek 2002a:10). Konkret wurde ein Gesprächsausbildungskonzept an der Medizinischen Universität Wien das sogenannte *Medizinische Fachtutorium Anamnesegruppe* unter die Lupe genommen.

Die Grundannahmen und Ziele der Untersuchung waren:

Anstelle „konzeptuelle[r] Idealvarianten“ (Lalouschek 2002a:9), wie man sie in einer Gesprächsausbildungssituation vermuten sollte, fanden sich die StudentInnen in „für beide Seiten überaus schwierige[n] und konfliktreiche[n] kommunikative[n] Ereignisse[n]“ (Lalouschek 2002a:10) wieder.

Ein Ziel der Studie war es, eben jene Ursachen für auftretende Schwierigkeiten aufzuzeigen und Verbesserungsmöglichkeiten auszuarbeiten.

Lalouschek skizziert ein bestehendes Spannungsfeld zwischen somatisch orientierter Ausbildung, deren „krankheitszentrierter kommunikativer Praxis“ (Lalouschek 2002a:10) und der psychosomatischen *Leitlinie* der Anamnesegruppen.

„Die konzeptuellen Bedingungen der Lehrveranstaltung selbst und die fehlende Reflexion der damit einhergehenden Auswirkungen auf das Gesprächsverhalten und die Erwartungen der PatientInnen behindern ganz grundsätzlich das Einnehmen einer psychosozialen Haltung und torpedieren die eigentlichen Lehrziele, die Durchführung eines psychosozialen Anamnesegesprächs“

(Lalouschek 2002a:183).

Demnach werden die Studentinnen und Studenten mit einer Form der Gesprächsführung konfrontiert, die sie noch nicht erprobt haben. Probieren geht über Studieren? Ein Leitspruch der wohl auf einige Aspekte zutreffen mag, im Rahmen der ärztlichen Gesprächsführung aber auch die Gefahr birgt, auf Kosten der Gesprächspartnerin zu experimentieren.

Die bisherige medizinische Sozialisation und das aus eigenen Erfahrungen bekannte Stereotyp des klassischen Arztes, müssten einmal aufgelöst werden, damit StudentInnen unvoreingenommen in ihr erstes Patientengespräch gehen können, den Mut finden, sich nicht an alt bekannte, vielfach erprobte⁵ Gesprächstechniken zu halten. Mit diesem antiquierten Bild vom Arzt, der bloß Fragen

5 Im Sinne der eigenen Erfahrung als Patientin. Die meisten Studierenden haben noch keine Erfahrung in

stellt, kommt es zu der von Lalouschek kritisierten weil unreflektierten Übernahme von sogenannten Regelformulierungen (vgl. Engel/Morgan 1977 Konzept der Regelformulierungen). In bestimmten Settings machen diese durchaus Sinn, werden sie aber unreflektiert und - noch fataler - ohne Wissen über deren eigentliche Funktion, angewandt, so verlieren sie ihre Berechtigung und PatientInnen reagieren möglicherweise ablehnend (vgl. Laouschek 2002a:185).

In Folge kritisiert Lalouschek, dass Regelformulierungen „[...] als idealisierte, prototypische Gestaltungsvarianten einzelner Gesprächsausschnitte [...], [...] von den StudentInnen zur Weiterführung des Gesprächs präskriptiv („So und nicht anders“) eingesetzt werden“ (Lalouschek 2002a:184), ohne ausreichende „Sensibilisierung und Bewußtwerdung von kommunikativen Mikroprozessen“ (Lalouschek 2002a:185). V.a. bei bei gesprächseinleitenden und abschließenden Fragen verlieren die von den Studentinnen verwendeten Regelformulierungen ihre eigentliche Funktion (vgl. Lalouschek 2002a:185)

Regelformulierungen des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung treffen nur bedingt auf den Diskurstyp *psychosoziales Anamnesegespräch in der Anamnesegruppe* zu. Schon damals hält Lalouschek eine Sensibilisierung für interaktive Prozesse im Rahmen der Gesprächsausbildung für dringend nötig.

Ein weiterer großer Kritikpunkt von Lalouschek ist die mangelnde Reflexion über die *Andersartigkeit* der Anamnesegruppen: Die studentischen Gespräche werden zwar durchaus als Übungsgespräche bezeichnet, so auch den Patienten gegenüber vorgestellt, in der Gruppe selbst werden die konzeptuellen Unterschiede zu einem herkömmlichen, im Alltag stattfindenden Anamnesegespräch nicht unbedingt, d.h. nicht zwingend, zum Thema gemacht.

Die Hauptunterschiede sind wohl, dass ein *normales* Anamnesegespräch den Beginn einer (längeren) Behandlung markiert. Im Falle der Anamnesegruppengespräche führt jeder Student in der Regel nur ein einziges Gespräch *pro* Patient. In der Regel finden Erstgespräche meist in der Ambulanz oder im Patientenzimmer statt. Das Publikum ist bis auf wenige Ausnahmen stark begrenzt (Zimmernachbarin, andere Ärzte, Pflegepersonal) und das Gespräch keinem Feedback ausgesetzt. Auch wenn dieser Druck nicht unmittelbar auf der Patientin lastet, hat auch sie den Wunsch nach einem *guten* Gespräch. In den meisten Fällen wollen die Patienten ausdrücklich gelobt werden und eine Anerkennung für ihre erbrachte Leistung bekommen (z.B. dem Sprechen vor Publikum). Auch wenn nun die Übungsfunktion angesprochen wurde, so haben Patientinnen und Studenten unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse an solch ein Gespräch. Auch bzw. gerade weil diese Gespräche keine herkömmlichen Gespräche darstellen, wollen PatientInnen entlastet werden. StudentInnen hingegen verstehen diese Gesprächssituationen oft als

Gesprächsführung.

Prüfungsmoment, sie wollen natürlich eine bestmögliche Leistung erbringen, stehen also ebenso wie die Patienten unter Leistungsdruck. Während die Patientinnen den Fokus auf das Erlebte legen, steht bei den Studenten der Prozess des Abfragens, der Gesprächsverlauf oder auch ganz banal die eigene Angst im Vordergrund. Nur die wenigsten können sich auf die Person und ihre Geschichte einlassen und sind nicht von ihren eigenen subjektiven Empfindungen geleitet.

Als weiteres Ziel setzt Lalouschek, die einzelnen Phasen eines Gesprächs zu erkennen und so zweckdienlicher den Anforderungen und Zielsetzungen jener Phasen zu entsprechen (vgl. auch Bliesener et al. 1994, Köhle 1986:31). Die „Wechselwirkungen“ zwischen Arzt und Patientin sowie „dysfunktionale und kontraproduktive Einflüsse“ (Lalouschek 2002a:11) können so aufgedeckt werden.

Konkrete (untersuchungsleitende) Fragestellungen in Lalouscheks Studie sind:

- a. Das Sprachverhalten der StudentInnen ist „[...] eine Mischform aus patientenzentriertem, *pseudo-psychosozialem und pseudotherapeutischem sowie krankheitszentrierten Diskurs* [...], das unvereinbare Anforderungen an das korrespondierende sprachliche Verhalten der PatientInnen stellt“ (Lalouschek 2002:87).
- b. Nicht patientenzentriertes sprachliches Verhalten wird als Bewältigungsstrategie eingesetzt und hat immer Problemlösungscharakter.
- c. Interaktionsprobleme entstehen aufgrund falscher Verwendung von Regelformulierungen nach Morgan/Engel (1977).
- d. Die „*konzeptuelle Merkmale*“ (Lalouschek 2002a:88) der Anamnesegruppen (z.B. künstlich aus Stationsalltag herausgerissene Situation, einmaliges Gespräch) „[...] boykottieren das eigentlichen Lernziel [...]“ (Lalouschek 2002:88) (vgl. auch Kapitel 4.1.).

(vgl. Lalouschek 2002a:87ff)

Lalouschek geht in weiterer Folge auf die Konsequenzen für diskursanalytisch fundierte Gesprächstrainingsprogramme ein. Sie zeigt alternative Handlungsmuster anhand des authentischen Materials und der Ergebnisse der Analyse auf, d.h. sie verfolgt einen deskriptiven Ansatz mit diskursanalytischem Schwerpunkt. Ziel ist es, sich des Spektrums an alternativen Verhaltensmustern bewusst zu werden und sich für kommunikative Prozesse zu sensibilisieren. Auch inhaltliche Änderungen wären von Nöten. Die Vermittlung von Wissen über Sprache und die kommunikative Funktion von sprachlichen Handlungen (offene, geschlossene Frageformen, Unterbrechungen, Verwendung von Fachtermini,...) sollten zentraler Bestandteil der Ausbildung sein.

Bei der Analyse ist Lalouschek wie folgt vorgegangen:

Zunächst formuliert sie Hypothesen:

1. Es besteht ein Spannungsfeld zwischen studenten- oder patientenzentrierten Fragen.

2. Die konzeptuellen Merkmale der Lehrveranstaltung sind widersprüchlich zum Lernziel (Psychosoziale Gesprächsführung). Wie äußert sich dieser Widerspruch im sprachlichen Verhalten der StudentInnen?

(vgl. Lalouschek 2002a:10)

Der weitere Schritt war die Analyse auf Makroebene, wo eine Unterteilung der Gespräche in bestimmte Phasen folgt:

- a) Eröffnungsphase,
- b) Beschwerdendarstellung (-erzählung),
- c) Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben und
- d) Abschlussphase (Gesprächsbeendigung)

(vgl. Lalouschek 2002a:89ff)

Bei der mikrostrukturellen Analyse wird eine Gegenüberstellung von *patientenzentriertem und studentenzentriertem* Verhalten vorgenommen. Entsprechende linguistische Kategorien sind:

- *patientenzentriertes Sprachverhalten*: offene Fragen (z.B. explizite bzw. unspezifische Erzählaufforderung), keine Unterbrechungen von Patienteninitiativen, Verwenden und Aufgreifen von Patientinnen Äußerungen, Fokus auf erlebensmäßig-affektiver Bedeutungsqualität und Thematisieren und Vertiefen, ebenso wie ausreichende Aufklärung und Orientierung über Gesprächsziele und -abläufe zu Beginn des Gesprächs etc. (vgl. Lalouschek 2002a:85ff).

vs.

- *studentenzentriertes Sprachverhalten*: geschlossene Fragen, Unterbrechungen, nicht nachvollziehbare Themenwechsel – Relevanzbrüche; Fokus auf somatisch-technische Bedeutungsebene; Übergehen psychosozial relevanter Teilaspekte und in Folge Fragmentierung der Äußerungen auf „*medizinnahe Ausdrücke oder biografische Fakten*“ (Lalouschek 2002a:86).

Das führt zu „pseudo psychosozialen verbalen Umsetzungsmechanismen“ (Lalouschek 2002a:86):

- präskriptive Verwendung von Regelformulierungen
- präskriptive Verwendung von impliziten Gesprächsnormen (z.B. direktes Nachfragen nach Krankheitszusammenhängen oder indirekter Bedeutungen, auch wenn der Patient oft überfordert ist, weil es zu einem zu frühen Zeitpunkt passiert bzw. nicht in das sonstige Setting des Gesprächs passt. Die Übungsgespräche stellen keine typischen Arzt-Patienten Gespräch dar. Der Zweck der Frage erschließt sich den Patientinnen nicht unbedingt).
- nicht nachvollziehbare Themenwechsel in psychosozial relevante Bereiche (aus dem bisherigen Gespräch bzw. aufgrund der bisherigen Informationen ist es für den Patienten nicht nachvollziehbar, warum plötzlich z.B. der berufliche Alltag interessant ist – Überleitungen von einem Themenkomplex zum Nächsten fehlen oft). Es kommt hier zu

einem Überschreiten der eigenen Kompetenzen, da Interpretationen deutungsähnliche Aktivitäten sind, die dem therapeutischem Gesprächsverhalten zuzurechnen sind (s. Kapitel 2.2., S. 22 bzw. vgl. auch Lalouschek 2002a:86).

Lalouschek geht davon aus, dass das studentische Gesprächsverhalten eine „Mischform aus patientenzentriertem, pseudo-psychosozialem und pseudo-therapeutischem sowie krankheitszentriertem Diskurs ist, das unvereinbare Anforderungen an das korrespondierende sprachliche Verhalten der PatientInnen stellt“ (Lalouschek 2002a:87).

Die genannten Regelformulierungen, die sich in einigen Lehrbüchern wieder finden, verlangen oft eine interaktive Nachbearbeitung. So müssten die Patientenäußerungen auf der erlebensmäßig-affektiven Ebene durch Thematisieren, Eingehen oder Hinterfragen (vgl. Fiehler 1990) prozessiert werden. Allerdings beobachtet Lalouschek:

„Bei der interaktiven Weiterführung von erlebensmäßig relevanten Darstellungen greifen die StudentInnen vorrangig auf sprachliche Mittel der Emotionsregulation, also Glaubensbekundungen und Ratifizierungen, zurück oder auf die Prozessierungsmechanismen des herkömmlichen ärztlichen Gesprächs, also Übergehen und Fokussierung der somatisch-technischen bzw. faktischen Bedeutungsebene“

(Lalouschek 2002a:74).

Als erste Konsequenzen fordert sie eine „Bewußtmachung und Reflexion der sozialisatorischen Mechanismen“ (Lalouschek 2002a:79), sowie eine vertiefte Auseinandersetzung mit den spezifischen Gesprächszielen eines Anamnesegesprächs, die auch in weiterer Folge an die Patienten weitergegeben werden müssten (vgl. „globale und lokale Orientierungen“ in

Menz/Lalouschek/Gstettner 2008:60/61/121 sowie Lalouschek 2002a:80, 89ff und 180ff).

Außerdem muss in den Gruppen ein gemeinsames Verständnis von psychosozialer Gesprächsführung erarbeitet werden, auf dessen Basis in Folge ein gruppeninternes Feedback erstellt werden kann. Die einzelnen Teilnehmerinnen müssen sich die speziellen Merkmale der Gesprächssituation bewusst machen, nur so sieht Lalouschek die Möglichkeit, dass sowohl Studenten als auch Patientinnen mit dem für sie neuen „Diskurstyp psychosoziales Gespräch“ (Lalouschek 2002a:181) bzw. *patientenzentrierte Anamnese* nicht überfordert seien (vgl. Lalouschek 2002a:189) und entsprechend (sprachlich) handeln könnten (vgl. Lalouschek 2002a:22ff, 39ff, 92ff, 180ff).

3. Methodischer Rahmen: Gesprächsanalyse, Diskursanalyse und Ethnographie

Meine Arbeit bewegt sich in erster Linie im Rahmen der Gesprächs- und Diskursanalyse, die folgend kurz umrissen werden. Da ich authentisches Datenmaterial im Vorfeld der Analyse selbst aufgenommen und zu diesem Zweck eine studentischen Gruppe im Rahmen einer Lehrveranstaltung über 4 Wochen hinweg begleitet habe, werde ich auch auf die Gegebenheiten und Probleme der teilnehmenden Beobachtung, einer Methode der (linguistischen) Ethnographie, eingehen. Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung habe ich Beobachtungsbögen (s. Anhang) erstellt, die ich während der einzelnen Sitzungen, insbesondere bei den im Anschluss an das aufgezeichnete Gespräch stattfindenden Feedback und reflexiven Nachgesprächen herangezogen habe, um meine Beobachtungen systematisieren zu können. Diese Aufzeichnungen fließen z.T. in die Analyse mit ein.

Primäres Analysewerkzeug stellt in diesem Fall freilich die linguistische Gesprächsanalyse dar. Die von mir aufgezeichneten Übungsgespräche wurden in gesprächsanalytischer Tradition nach HIAT transkribiert, um im Anschluss einer detaillierten, zum einen deskriptiven, aber auch im Hinblick einer diskursiven Annäherung an das Forschungsfeld, interpretativen empirischen Untersuchung dienen zu können.

3.1. Linguistische Gesprächsanalyse

Die linguistische Gesprächsanalyse stellt ein Hauptwerkzeug der angewandten empirischen Sprachwissenschaft dar.

„Die Gesprächsanalyse sieht es als ihre zentrale Aufgabe an, die Bedingungen und Regeln systematisch zu erforschen, die die „natürliche“ Gesprächskommunikation, d.h. dialogisches sprachliches Handeln in verschiedenen Bereichen (Alltag, Institution, Medien usw.), bestimmen“ (Brinker/Sager 2010:19).

Seit den 1960er Jahren besteht die *Gesprochenen Sprache-Forschung* innerhalb der Linguistik, die mit den Jahren ein großes Datenkorpus aufweisen kann.

Die Conversational Analysis (Konversationsanalyse) geht auf die soziologische Forschungsrichtung der Ethnomethodologie zurück, deren Ziel die Aufdeckung der sogenannten *Basis – und Sequenzregeln* (vgl. Brinker/Sager 2010:17) gesprochener Sprache ist. Die Namen Schegloff Emanuel, Sacks Harvey, Jefferson Gail sind im englischsprachigen Raum eng mit der Conversation Analysis verbunden. Kallmeyer Werner, Mondada Lorenza, Gülich Elisabeth – um nur einige

VertreterInnen zu nennen- haben sich im deutschsprachigen Raum intensiv mit der Methodologie der Gesprächsanalyse auseinandergesetzt.

In der daraus weiter differenzierten Sprechakttheorie wird vom grundsätzlichen Handlungscharakter sprachlicher Kommunikation ausgegangen und spezifische Handlungssequenzen näher analysiert.

Die aus der Soziologie begründete Grundannahme des sozialen Handelns wird in der Linguistik auf das Sprechen ausgeweitet.

Nach Brinker und Sager (2010) werden drei verschiedenen Beschreibungsebenen unterschieden:

1. *kommunikativ-pragmatische Ebene: Handlungscharakter der gesprächskonstitutiven Einheiten (Schritt, Sequenz, Phase)*
2. *semantisch-thematische Ebene: Gesprächsinhalt*
3. *grammatische Ebene: syntaktische Verknüpfungsbeziehungen*

(vgl. Brinker/Sager 2010:58).

Ich werde mich in meiner Analyse auf die beiden ersten Beschreibungsebenen beschränken, da für diese Arbeit in erster Linie die sogenannten Interaktionsphänomene und nicht syntaktische Verknüpfungsbeziehungen relevant sind. Für die gesprächsanalytische Untersuchung ist auch die Differenzierung folgender gesprächskonstitutiver Einheiten relevant:

1. Der *Gesprächsschritt* bzw. *turn* umfasst alle Äußerungen eines Gesprächsbeteiligten während seiner Redezeit, dazu zählen u.a. sog. *Hörersignale* (verbale und nonverbale Kurzaeußerungen, ohne Anspruch auf Sprecherwechsel), die auch unter *back channel behavior* zusammen gefasst werden können, da sie als Antwortsignale interpretiert werden müssen. Unter *Höreräußerungen* verstehen Brinker/Sager „[...] einen kurzen Kommentar“ (Brinker/Sager 2010:59), ohne intendierten Sprecherwechsel, aber mit wichtiger Steuerungsfunktion (vgl. Brinker 2010:59). Sogenannte *Claiming-of-the-turn-signals* (vgl. Brinker/Sager 2010:59) dienen der Erlangung des Rederechts, führen aber nicht zum gewünschten Resultat. All diese Äußerungen können unter dem Begriff *Gesprächsbeitrag* zusammengefasst werden.
2. Die Gesprächssequenz: Die *Gesprächskohärenz*, wie Brinker und Sager es analog zur Textkohärenz nennen, also die Abstimmung der einzelnen Beiträge aufeinander, wird als ein jeder Kommunikation *zugrundeliegendes Kooperationsprinzip* angesehen und bildet die gemeinsame Basis eines Gesprächs (vgl. Brinker/Sager 2010:72). Jeder Gesprächsschritt ist inhaltlich und kommunikativ auf den vorangegangenen Turn abgestimmt, daraus ergibt sich eine Sequenz. Die einzelnen Schritte werden auf ähnliche Weise grammatisch verknüpft, wie es bei Texten der Fall ist. Das Aufgreifen von zuvor eingebrachten Ausdrücken oder Strukturen stellt eine *Referenzidentität* (Brinker/Sager 2010:72) her.

Die kommunikativ funktionale (amerikanische) Gesprächsforschung bzw. die Conversational Analysis (Schegloff/Sacks/Jefferson) differenziert zusätzlich die sogenannte „*conditional relevance*“ („bedingte Erwartbarkeit“) (Brinker/Sager 2010:78) nach Henne/Rehbock (1982). Sogenannte „*adjacency pairs*“ sind *zweigliedrige Sequenzen (initiierend, respondierend)*, die eine unmittelbare Bearbeitung fordern (vgl. Brinker/Sager 2010:78/79). Alle Abweichungen von diesen herkömmlichen Strukturen können sich auf Gesprächsabläufe und Beziehungsaspekte auswirken. Anders werden „*side sequences*“ (Brinker/Sager 2010:79) als zusammengehörige Gesprächsschritte definiert, die nicht unmittelbar nacheinander auftreten. Nebensequenzen erfolgen nach bestimmten Schemata, es handelt sich also um eine systematische Abarbeitung. In diesem Sinn sind Paarsequenzen in erster Linie den Gesprächsequenzen unterzuordnen (vgl. Brinker/Sager 2010:79). Die interaktive Funktion von Gesprächssequenzen kann z.B. die Imagearbeit betreffen. Jede Gesprächssituation muss neu aufgebaut und unterstützt werden, ist folglich also nicht sequenzübergreifend (vgl. Brinker 2010:81ff). Grundlegend wird eine Differenzierung zwischen *bestätigender* und *korrektiver* Sequenzen getroffen (Brinker/Sager 2010:82).

Da die Arzt-Patienten-Kommunikation – v. a. die Anamnese, aber auch psychotherapeutische Gespräche, Beschwerdenexplorationen u. d. g. – stark durch die Paarkonstellation (*adjacency pair*) des Frage-Anwort-Schemas geprägt ist, scheint es noch sinnvoll bestehende Frageformen zu definieren. In den meisten Fällen handelt es sich bei den Gesprächsbeiträgen der PatientInnen bzw. KlientInnen um Reaktionen auf ärztliche Fragestellungen, d. h. sie sind nicht „frei“ von PatientInnenseite initiiert, sondern stehen in direktem Zusammenhang mit Frageinhalten und Frageformen der ÄrztInnen, Pflegenden oder TherapeutInnen.

Grundsätzlich kann zwischen offenen, halb offenen und geschlossenen Fragen unterschieden werden (vgl. Glück 2000). *Offene Fragen* bieten eine Reihe an Antwortmöglichkeiten, die nicht vorgegeben und somit auch nicht eingeschränkt sind. Sie können eine erzählgenerierende Funktion erfüllen. Gleichzeitig wird die Gesprächsinitiative zum Teil an den/die Gesprächspartner/in übergeben, was unter besonderen Umständen (der/die Befragte ist sehr redselig) zum Verlust der Gesprächsleitung führen kann. Offene Fragen gelten als beziehungsfördernd.

Offene W-Fragen sind stark zweckgerichtet (vgl. journalistischer Fragestil oder fünf W-Fragen des Rettungsdiensts) und sind durch Interrogationspronomina, WPronomina oder W-Adverb gekennzeichnet. Sie können nicht mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden und verlangen eine auf W-bezogene Antwort. In den meisten Fällen sind W-Fragen durch eine fallende Intonation (selten durch eine steigende Intonation) markiert. *Konstruktive W-Fragen* können im psychotherapeutischen Setting als starkes Interventionswerkzeug (in der richtigen Form zum richtigen Zeitpunkt) eingesetzt werden (Mini-Max-Intervention). *Ergänzungsfragen* oder auch

Bestimmungsfrage, Satzgliedfrage, W-Frage, Wortfrage, complete question:

„Fragesatz, der in gramm. Hinsicht durch das Vorkommen eines W-Pronomens oder W-Adverbs gekennzeichnet ist, z.B. Wer kommt? Wo ist er? Im Gegensatz zu Echofragen, die im Dt. als Verb-Letzt- und Verb-Zweit-Stellungstypen realisierbar sind, erfordern E[rgänzungsfragen] im Dt. Verb-Zweit-Stellung, wobei die W-Konstituente in Erststellung vor dem Verb steht. In pragmatischer Hinsicht erfordern E[rgänzungsfragen] eine der W-Konstituente entsprechende Konstituente und nicht Ja oder Nein wie Entscheidungsfragen. E[rgänzungsfragen] spielen für die Entwicklung moderner Grammatiktheorien eine wichtige Rolle, insofern die syntaktischen und semantischen Eigenschaften insbesondere von W-Fragen wichtige Rückschlüsse über generalisierbare Verschiebungsphänomene (Move) erlauben; Mehrfachfrage.“

(Glück 2000, S. 190)

Bei *geschlossenen Fragen* ist die Antwort durch die Frage selbst vorgegeben oder es wird eine bestimmte Antwortmöglichkeit angegeben.

Entscheidungsfragen (auch Ja-Nein Fragen): „(Auch Globalfrage, Ja-Nein-Frage, Satzfrage) Fragesatz, der in pragmatischer Hinsicht Ja oder Nein als Antwort erfordert, z.B. Kommst du? In grammatischer Hinsicht ist die E[ntscheidungsfrage] Im Dt. durch Verb-Erst- oder Verb-Zweit-Stellung und bestimmte intonator. Faktoren (beim Verb-Zweit-Satz durch fallend-steigendes Tonmuster) gekennzeichnet; Vergewisserungsfrage; Fragesatz“ (Glück 2000:186).

Die für meinen Analysefokus relevanten Muster und Verfahren der interaktiven Prozessierung von Erleben und Bedeutung übernehme ich von Fiehler (1990a) bzw. Lalouschek (2002a). Dabei handelt es sich um die bereits in Kapitel 2.2. (S. 25) beschriebenen Strategien wie Eingehen, Hinterfragen, Infragestellen und (demonstratives) Ignorieren.

Die in der Literatur oft getroffene Differenzierung unterschiedlicher Gesprächsphasen scheint auch für meine Analyse sinnvoll. Vor allem bei institutionell geprägten Interaktionen, wie dem Arzt-Patienten-Diskurs, kommt der *Gesprächseröffnung* eine zentrale Funktion zu. Hier wird in der Regel die Situation definiert und wechselseitige Gesprächsbereitschaft hergestellt. Auch wenn aufgrund der zweckgerichteten Kommunikation bestimmte Prämissen wie z.B. das Grüßen fehlen können (vgl. Brinker/Sager 2010:93), so kann bei einer unzureichenden Einführung in den Diskurs des medizinischen Übungsgesprächs, wie Lalouschek es auch aufzeigt und als mangelnde Orientierung kritisiert (vgl. Kapitel 2.3., S. 34), die Kooperationsbereitschaft der Patientinnen negativ beeinflusst werden.

In der *Kernphase* werden die Gesprächsthemen abgehandelt und festgelegte Gesprächsziele

verfolgt: Zusätzlich können *Hyperthema (Kernthema) und Subthemen* (vgl. Brinker/Sager 2010:101) bestimmt werden auch wenn „[...] die Segmentierung in thematische Abschnitte [...] ein **interpretatives Verfahren** [...]“ ist (Brinker/Sager 2010:101).

In der *Beendigungsphase* wird die gemeinsame Gesprächsbereitschaft aufgelöst (vgl. Brinker/Sager 2010:91), die Interaktion gilt als beendet bzw. wird sie in anderer Konstellation oder unter anderen Gegebenheiten fortgesetzt.

Je nach Gesprächstyp/-situation kommt es zu einer unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Phasen. „Gesprächstypen sind jeweils durch spezifische Handlungspläne gekennzeichnet“ (Brinker/Sager 2010:102). Analog zu dem in Brinker und Sager skizzierten Handlungsplan *Beraten* (vgl. Brinker/Sager 2010:102ff), kann der Handlungsplan für ein studentisches Übungsgespräch wie folgt aussehen:

1. Eröffnungsphase: Begrüßung und die Explizierung des Themas durch den Studenten:
Zweck des Übungsgesprächs, Orientierungsphase, Einführung in einen neuen Diskurs;
(entspricht Interaktionsfunktion)
2. Kernphase: Die Erfassung der Lage und Person durch den Studenten:
Beschwerdenexploration, Sozial- und Familienanamnese; Prozessierung von bedeutungs- und erlebensrelevanten Aspekten im Umgang mit Krankheit bzw. des Krankheitsverlaufs
(entspricht der Informationsfunktion und anschließender Integrationsfunktion: also das Sammeln/Erheben von umfassenden Informationen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, sowie die anschließende Zusammenführung der Informationen zu einem Gesamtbild des Patienten.)
3. Beendigungsphase: Im Idealfall Rückmeldungen des Patienten über Gesprächsinhalte, Gesprächsstil, Verabschiedung.

Für meine Analyse setze ich den Fokus auf die Kernphase, also in diesem Fall auf die sogenannte Beschwerdenexploration und die weitere interaktive Bearbeitung von Erleben und Bedeutung. Da es sich bei den untersuchten Gesprächen um Übungsgespräche in einem institutionellen Setting mit latentem Prüfungscharakter (vgl. Kapitel 2.3., S. 31/32) handelt, gehe ich abschließend auf das *dialogische Ökonomieprinzip* (vgl. Brinker/Sager 2010:129) ein. Dieses besagt, solange bestehende Diskrepanzen nicht zu groß sind, wird es zu keiner Störung des Gesprächsverlaufs führen. Grundsätzlich kann im medizinischen Diskurs von einer durch externe Störungen geprägten Gesprächssituation ausgegangen werden (vgl. Kontingenzen, s. auch Kapitel 2.1.1., S. 12). In dem Sonderfall der studentischen Übungsgespräche sind die Störungen von außen auf ein mögliches Minimum reduziert, da die Gespräche nicht wie üblich auf der Station bzw. im Patientenzimmer

stattfinden, sondern in einem separaten Seminarraum, der nur Studentinnen bzw. Ärzten zugänglich ist. Bei den vier aufgezeichneten Gesprächen beschränkten sich die Störungen auf zu spät kommende Studenten. Somit ist eine Sprengung des dialogischen Ökonomieprinzips sehr unwahrscheinlich, da es sich explizit um eine Lernsituation handelt. Es scheint, als würden Patientinnen aufgrund dieser Tatsache ein sprachliches Fehlverhalten eher verzeihen und eine größere Scheu haben, ein Gespräch vorzeitig abubrechen, auch wenn die Studenten im Vorfeld der Anamnese diese Option deutlich hervorstreichen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gesprächsanalyse es als ihre Aufgabe sieht, den „systematischen Zusammenhang“ (Brinker/Sager 2010:165) der strukturellen Einheiten (Gesprächsschritt, Gesprächssequenz) und deren interaktive Prozessierungen aufzuzeigen.

In meiner Analyse werde ich anhand der einzelnen Gesprächsschritte und der daraus resultierenden Gesprächssequenzen mögliche Schwierigkeiten der Studentinnen in der (medizinischen) Gesprächsführung darstellen.

3.2. Diskursanalyse

Neben der deskriptiven Darstellung der aufgezeichneten Gespräche soll hier auch dem interaktiven Charakter der Kommunikation an sich Rechnung getragen werden. Um also in diesem Sinne einer Erweiterung des Untersuchungsfokus auf interaktive Prozessierungsverfahren und den Einfluss der institutionell bedingten Rahmenbedingungen gerecht zu werden, berufe ich mich ebenso auf eine diskursanalytische Perspektivierung.

Für die Diskursanalyse ist daher die Einbettung in den kommunikations- und institutionspezifischen Kontext relevant. Diskurs wird demnach als eine “form of social practice” (Litosseliti/Sunderland 2002:9) verstanden.

Van Dijk geht in diesem Zusammenhang auf die *theory of context* (vgl. v. Dijk 2005:71) ein. In Anlehnung an die „mental modals“ spricht er von „context modals“ oder „contexts“ (v. Dijk 2005:72). „Another well-known insight in the theory of discourse is that discourse production and comprehension is context dependent“ (v. Dijk 2005:71). Auch wenn diese theoretischen Überlegungen in den meisten Ansätzen sehr vage definiert sind und es noch einer genaueren Auseinandersetzung bedarf, so gilt als gesichert, dass Kategorien wie Zeit und Ort (das sog. Setting) eine ebenso wichtige Rolle wie die Teilnehmerinnen in ihren spezifischen, dem Kontext entsprechenden Rollen und den daraus resultierenden zweckgerichteten Handlungen und institutionellem Wissen (vgl. v. Dijk 2005:74) spielen. In einem medizinischen Diskurs übernehmen

Ärzte die Rolle der Experten. Sie verfügen über *Insiderwissen*, also über institutionsspezifisches Wissen auf der einen und medizinisches Fachwissen auf der anderen Seite. Sie kennen die Abläufe und die dem Krankheitsbild entsprechenden Untersuchungen. Sie tragen die Verantwortung für sich und ihr Handeln, sowie für die Patienten. Das drückt sich ebenso auf sprachlicher Ebene aus, wie das Laienverständnis der Patienten ihre Krankheit und die Institution betreffend.

Van Dijk geht der Frage nach, wie Wissen in diskursiver Produktion und diskursivem Verständnis kontextuell gemanagt wird (vgl. v. Dijk 2005:72). Diese Theorien des „common knowledge“ oder „common ground“ (v. Dijk 2005:72) sind relativ neu in der Diskursanalyse, müssen aber in die beschriebenen Kontextmodelle einfließen.

Neben dem erwähnten fachspezifischen Wissen, verfügen Ärzte auch über wie van Dijk es nennt „knowledge of the world“ (v. Dijk 2005:72). Schon Fairchlogh/Chuoliaraki (1999) verstehen in diesem Zusammenhang *Identität* als wechselseitigen Prozess und sind der Meinung, dass kommunikative Interaktionen immer auch die individuelle Weltanschauung in Zusammenhang mit ihren sozialen Beziehungen wider spiegeln (vgl. Litoselliti 2002:23). Gilbert und Mulkey sehen jedes Individuum als Teil einer, meist mehrerer, *Communities of Practice* an. Sie verstehen Diskursanalyse als „[...] an attempt, to identify and describe regularities in the methods used by participants as they construct the discourse through which they establish the character of their actions and beliefs in the course of interaction“ (Gilbert, Mulkey 1984:14 zitiert nach Litoselliti 2002:18).

So gesehen, ist die linguistische Diskursanalyse als Erweiterung vorhandener Analyseinstrumentarien und Forschungsfelder der angewandten Linguistik zu verstehen. Dies geschieht in mehrfacher Hinsicht, wie Bluhm et al. (2000) festhalten:

„Erstens, indem sie bei der Theoriebildung auf in anderen linguistischen Teildisziplinen bereits etablierte Modelle zurückgreift bzw. diese erweitert (analytische Sprachphilosophie, Sprechakttheorie, Textplanungs- und Rezeptionstheorien usw.) und zweitens, indem sie sich bei der Analyse eines genuin linguistischen Methodeninstrumentariums bedient [...]“

(Bluhm et al. 2000:3).

Aufgrund der Einbettung in einen gesellschaftlichen Kontext, haben die Forschungsfelder einen starken Praxisbezug und liefern in weiterer Folge auch einen wichtigen Beitrag zu aktuellen Diskussionen rund um Themen wie Sprachwandel, Spracheinstellungen oder auch Sprachbewusstsein.

Ein weiterer Vorteil diskursanalytischer Vorgehensweise ist der v.a. bei der kritischen Diskursanalyse bereits angedeutet und auch verlangte Praxisbezug. So soll Kommunikation nicht nur in ihrem interaktiven Zusammenhang gesehen werden, die Analyse muss wie auch bei der

Gesprächsanalyse auf authentischem Material beruhen. Auf diese Weise kann „[d]ie Diskursanalyse [...] über die empirische Zugangsweise und die Analyse authentischen Materials normative Hintergründe von Kommunikationsproblemen aufzeigen, also explizit machen, wobei die Funktionalität dieser Normen im jeweiligen institutionellen oder betrieblichen Kontext überprüft und bewusst gemacht wird“ (Lalouschek 2002a:15). Lalouschek sieht deshalb den Fokus der Diskursanalyse auf einer Sensibilisierung kommunikativer Abläufe und dem Aufzeigen von Handlungsalternativen, die in einer (Forschungs-)Gruppe gemeinsam erarbeitet werden sollen. Interessanterweise liegt in dieser Sensibilisierung kommunikativer Abläufe auch der Hauptkritikpunkt an der Methodik - ähnlich wie es sich in den Anamnesegruppen verhält. Die Teilnehmer wünschen sich konkrete Handlungsanweisungen, in dem Fall der Anamnesegruppen, konkrete Formulierungsmöglichkeiten und nicht eine bloße Sensibilisierung. So plädiert schon Lalouschek diese Sensibilisierung als eine eigenes Lernziel aufzuwerten. Eine Forderung die von den Anamnesegruppen zumindest formal noch nicht erfüllt wurde.

3.3. Ethnographie

Da ich mich während der Aufnahmephase als teilnehmende Beobachterin in dem von mir ausgewählten Setting bewegt habe und diese Beobachtungen mit Hilfe in Anlehnung an Lotz (2010) und auf das Untersuchungsfeld angepasster Beobachtungsbögen festgehalten habe, die in Folge auch in die Analyse mit eingeflossen sind, sei hier auch die Ethnographie in ihren wichtigsten Eckpunkten genannt.

Die Teilnehmende Beobachtung wird als zentrales Verfahren der Ethnographie gewertet. In ihrem anthropologischen Entstehungszusammenhang ist die Ethnographie vor allem mit dem Namen Bronislaw Malinowski (1884-1942) verbunden.

„Ethnographie, [...], ist ein kontinuierlicher, über einen gewissen Zeitraum andauernder Forschungsprozess, indem sich der Forscher im unmittelbaren persönlichen Kontakt mit Menschen bemüht, durch bestimmte Untersuchungsziele relevante Aspekte ihres Verhaltens auf der Grundlage eines gegenstandsadäquaten methodischen Vorgehens zu beschreiben“ (Schmitt 2008:17).

Die Ethnographie ist also eine interpretierende, qualitative Forschungsmethode, die nicht rein deskriptiv sein kann. Der Ethnograph sollte versuchen, den Bezugsrahmen zu entdecken und diesen auch zu erklären, indem er das „von ihm beobachtbare Verhalten als soziales, d.h. sinnvolles Handeln im Kontext spezifischer Kultur-, Milieu- und Situationszusammenhänge beschreibbar“

macht (Schmitt 2008:17). Anders als bei der Diskurs- und Gesprächsanalyse geschieht dies anhand von Gedächtnisprotokollen bzw. Beobachtungsbögen und nicht mittels authentischen Materials. Der interpretative Charakter der teilnehmenden Beobachtung wird auch als Grund angeführt, warum diese Methode in den Sozialwissenschaften nicht ähnlich stark genutzt wird, wie in der Psychologie (vgl. Friedrichs 1990:269), wenngleich Friedrichs anführt, dass der interpretative subjektive Sinn nur eine Dimension der Interpretation ausmacht. Seiner Meinung nach, wird „[g]erade aufgrund der verbreiteten Annahme, nur eine Beobachtung, die auch die Interpretation der Akteure einbezieht, sei soziologisch valide, [...] verhindert zu erforschen, wie weit man ohne Rückgriff auf den Akteur überhaupt kommt“ (Friedrichs 1990:270). So werden Hypothesenbildung und das Zusammenspiel der anderen Interaktionspartner zum Teil systematisch ausgeblendet, weil vorschnell auf die Interpretationen des Akteurs verwiesen wird (vgl. Friedrichs 1990:270). Auch Schmitt (2008) zeigt das Problem der forschungsgeleiteten Prägung auf. Erst durch die Beobachtung, die unmittelbare Konfrontation des Forschers mit seinem untersuchten Feld wird dieses zum Forschungsobjekt. So sind nicht nur die Ergebnisse bzw. die Wahrnehmungen des Wissenschaftlers, sondern auch alle während des Forschungsprozesses gesammelten Daten von der Forscherin mitgeprägt (vgl. Schmitt 2008:18).

Im konkreten Fall der Anamnesegruppen hospitierte ich eine von sechs bestehenden Gruppen über einen Zeitraum von ca. einem Monat. Die Gruppe traf sich, geleitet von zwei Tutoren, einmal wöchentlich für ca. zwei Stunden auf der onkologischen Station des AKH Wien.

Mit einem portablen Aufnahmegerät und den von mir zuvor zusammengestellten Beobachtungsbögen ausgestattet, begleitete ich diese Gruppe als „stille“ Beobachterin.

Meine Analyse wird zusätzlich zu den hypothesengeleiteten Beobachtungsbögen von Tonaufzeichnungen und den anschließend erstellten Transkripten unterstützt.

Auf die Schwierigkeiten der Beobachtungs- und Aufnahmephase werde ich in Kapitel 5.1. (S. 56ff) eingehen.

4. Die Anamnesegruppen – eine Bestandsaufnahme

4.1. Das Konzept Anamnesegruppe

Die Anamnesegruppen sind ein international etabliertes Wahlfach in der medizinischen Gesprächsausbildung, das seit mehr als 20 Jahren an verschiedenen Universitäten im

deutschsprachigen Raum besteht. Die Einbettung ins Curriculum, Anrechenbarkeit, interdisziplinäre Vernetzung und andere Rahmenbedingungen, wie z.B. die Gruppengröße divergieren je nach Universität. Diese Unterschiede sind unter 4.3. und 4.4. dargestellt. Den Sonderfall der Wiener Anamnesegruppen werde ich in Kapitel 4.5. genau beschreiben.

Zentraler Inhalt der Lehrveranstaltung ist der Kontakt mit – im Gegensatz zu anderen Gesprächsausbildungssituationen, wo Simulationspatientinnen zum Einsatz kommen - *realen* Patienten⁶.

Die Studierenden sollen im Rahmen des Wahlfachs die Möglichkeit haben in einem geschützten Rahmen, also in einer vertrauten Peer-Gruppe unter studentischer Anleitung und unter *entschärften* Bedingungen (kein Zeitdruck, keine externen Störungen, abseits des üblichen Krankenhaus-Settings)⁷, Erfahrungen im Patientinnen-Gespräch zu sammeln.

Grundsätzlich kann man sagen, dass sich die Anamnesegruppen aus einem patientenzentriertem, biopsychosozialen Ansatz heraus entwickelt haben. Schüffel, der *Urvater* der Anamnesegruppen, rief diese studentische Bewegung 1969 gemeinsam mit gleichgesinnten Kommilitonen aus Ermangelung an biopsychosozial orientierten Lehrangeboten sozusagen als ein Selbsthilfeprojekt ins Leben. „Als soziales Phänomen ist Selbsthilfe immer ein Symptom für ein Defizit – oder auch für Grenzen einer Institution“ (Uexküll 1983:XI). Die Gründung der Anamnesegruppen kann auch als studentischer Versuch gewertet werden, sich „[...] gegen den Anspruch, im Laufe ihrer Ausbildung zum reduktionistischen Arzt sozialisiert zu werden [zu wehren] [...]“ (Uexküll 1983:XI). Uexküll kommt zu dem Schluss, dass patientenzentrierte Medizin nur dann erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn in der Ausbildung die Studentinnen im Zentrum stehen (vgl. Uexküll 1983:XII).

Ganz wesentliche Lernziele der Anamnesegruppen stellen die Bewusstwerdung und Bewusstmachung unbewusst ablaufender Prozesse – wie z.B. Selbst- und Fremdwahrnehmung - , sowie die kritische Auseinandersetzung mit der Institution und der damit verbundenen ärztlichen Verantwortung bzw. des Rollenverständnisses von Ärztin und Patient dar. Das Lernen im direkten Kontakt mit den Patienten ist problemorientiert (POL). Sie können die Bedeutung der affektiven Ebene (Gefühle und Stimmungen, individuelle Erlebnisse) für ihre ärztliche/professionelle Tätigkeit erschließen und somit gewohnte – durch ihre Sozialisation gefestigte – Strategien der Vermeidung im Umgang mit Tabu- oder Reizthemen (Sexualität, Tod, Sterben, ...) ablegen. Auf diese Weise werden zum anderen die einzelnen Schritte der eigenen Sozialisation deutlich und können kritisch hinterfragt werden (vgl. Schüffel 1983:259ff, vgl. Lalouschek 2002a:24ff).

6 Die Unterschiede *reale* vs. *Simulationspatientinnen* werde ich in Kapitel 4.4., ab S. 53 näher betrachten.

7 Die Rahmenbedingungen der Gespräche werden bei der Kurzbeschreibung der Gespräche (Kapitel 5.1., S. 56) genau behandelt.

Als Lernmethoden muss auf der einen Seite sicherlich das Modell der Peer-Gruppe genannt werden. Das Idealbild des Arztes ist in den Anamnesegruppen nicht anwesend. Die Studenten übernehmen selbstständig die Rolle des Institutsangehörigen und sind somit „Rollenträger“ (Schüffel 1983:262). Die Tatsache, dass auch die Tutorinnen zur Gruppe der Studentinnen zählen, trägt zu einer niedrigen Hierarchie bei und deutet auf die Gemeinsamkeit der Suche nach einer professionellen Identität hin. Eine weitere wichtige Lernmethode ist nach Schüffel die „themenzentrierte Selbsterfahrung“ (Schüffel 1983:262).

In diesem Kontext sind sicherlich noch das *Feedback* und die *reflexiven Nachgespräche* zu nennen. Unmittelbar nach dem Anamnesegespräch erhält der Gesprächsführende von allen Mitgliedern der Gruppe ein *Feedback*. Zu Beginn des Semesters wird in der Gruppe meist der Ablauf und bestimmte Grundregeln des Feedbacks gemeinsam erarbeitet. In den jeweiligen Sitzungen kann das Feedback auch nach unterschiedlichen zuvor vereinbarten Gesichtspunkten (Fragenformulierungen, Gesprächsziele, Transparenz des Gesprächs, Mimik, etc.) erfolgen. In einem *Nachgespräch* können alle Punkte und Phantasien bzw. Vorstellungen und Annahmen, die sowohl das Gespräch an sich als auch die Patientin, die Gruppe, den einzelnen Teilnehmer oder die Krankengeschichte bzw. den Krankheitsverlauf etc. betreffen, ausgetauscht werden.

Ein weiteres spezifisches Charakteristikum in den Anamnesegruppen und prozessorientiertes Lernwerkzeug, das der Wahrnehmungsschulung gilt, ist das sogenannte *Blitzen*. Hierbei handelt es sich um eine verbale Momentaufnahme des individuellen Befindens der einzelnen Teilnehmerinnen, die ganz unterschiedlich ausfallen kann. Diese Gefühlsartikulation wiederholt sich in der Regel dreimal. Einmal zu Beginn der Einheit, einmal unmittelbar nach dem Gespräch und das letzte Mal als Abschluss. Ziel ist, dass sich die Studierenden über ihre eigenen Gefühle und die Beeinflussung durch externe Faktoren wie die Gruppenheterogenität, den Gesprächsstil, den Gesprächsinhalt, Krankengeschichte, den Patienten an sich u.ä. bewusst werden und erkennen, wie sich diese Beeinflussung wiederum auf ihre Sicht- und Verhaltensweise auswirkt.

4.2. Die Geschichte der (Wiener) Anamnesegruppen:

Seit der Gründung der studentischen Anamnesegruppen in Wien 1986 gab es etliche Adaptierungen und Erweiterungen des ursprünglichen Konzepts, die im folgenden – auf wesentliche Eckpunkte gekürzt- dargestellt sind.

Zeitpunkt	Ereignis in der Chronik
1969	Gründung der Anamnesegruppen in Deutschland durch Prof. em. Dr. med. Wolfram Schueffel und Beginn der Verbreitung der Anamnesegruppen im gesamten deutschsprachigen Raum
1986	Gründung der Wiener Anamnesegruppen als studentische Selbstinitiative
1993	Die Wiener Anamnesegruppen werden interdisziplinär. Erstmals werden StudentInnen der Psychologie als TutorInnen bestellt und als TeilnehmerInnen aufgenommen.
1999	Erweiterung der Interdisziplinarität: die Wiener Anamnesegruppen öffnen sich für StudentInnen der Kultur- und Sozialanthropologie, der Sprachwissenschaften und der Sonder- und Heilpädagogik.
2003	Vorstellung der Anamnesegruppen im Rahmen der Konferenz der Österreichischen Gesellschaft für Hochschuldidaktik (ÖGHD) , die sich mit Reformen der Medizinischen Studiengänge in Österreich und dem neuen "Medizincurriculum Wien" (MCW) befasst.
2004	Das Zentrum für Public Health übernimmt die Betreuung der TutorInnen.
Mai 2008	Die Medizinische Universität Wien verleiht den Wiener Anamnesegruppen den Titel " Teacher of the Month ".
2009	Mit der Integration von "Narrative Medicine" und "Arts and Humanities" bemühen sich die Wiener Anamnesegruppen um eine erneute Erweiterung der Interdisziplinarität und versuchen, vermehrt auch künstlerische Fachbereiche anzusprechen.

Quelle: Homepage der Wiener Anamnesegruppen:

<http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien/>

(letzter Abruf: 31.08.2013)

4.3. Aktueller Stand der Anamnesegruppen in Österreich und Deutschland

Mittlerweile sind Anamnesegruppen in über zehn Städten im deutschsprachigen Raum zu finden, weshalb eine Gegenüberstellung der Lehrangebote sinnvoll erscheint. Da es sich nach wie vor um ein nicht standardisiertes Unterrichtsmodell handelt, bestehen z.T. Unterschiede in der

Anrechenbarkeit, der Dauer und der vertretenen Studienrichtungen.

4.3.1. Anamnesegruppen Österreich

In Wien bestehen derzeit sechs Gruppen, die von zwölf bezahlten und an der medizinischen Universität geringfügig angestellten TutorInnen geleitet werden. Einmal wöchentlich findet eine Supervision der Tutoren und Tutorinnen durch den Lehrveranstaltungsleiter a.o. Univ. - Prof. Dr. Klaus Spiess statt, wo auch laufende Projekte - wie die Einbindung neuer Disziplinen, der Entwurf neuer Abschlussarbeiten, die internationale Vernetzung, der Aufbau eines Netzwerkes für ehemalige Anamesegruppenteilnehmerinnen etc. - besprochen werden.

Im Studienjahr 2012 waren folgende Studienrichtungen vertreten: Medizin , Psychologie, Kultur und Sozialanthropologie sowie Regie. In den Jahren zuvor gab es auch Tutorinnen aus den Fachbereichen der Erziehungswissenschaften und Sprachwissenschaften. Die Zusammensetzung des Tutorentams divergiert von Jahr zu Jahr und ist einer hohen Fluktuation ausgesetzt. Die Gruppenzusammensetzungen folgen einer relativ hohen und auch starren Schlüsselquote. Die Anzahl an Vertreterinnen der einzelnen Wissenschaften ist genau festgelegt (Medizin 70%, andere Studienrichtungen teilen sich 30%), ebenso die Gruppengröße. Pro Tutorin sollen 15 Studenten aufgenommen werden, das bedeutet eine Gruppengröße von 20-30 Studenten. Diese Tatsache führt eine tatsächliche Kleingruppenarbeit ad absurdum und erschwert somit das Erreichen der festgelegten Lernziele.

Graz kann eine sehr umfangreiche und aktuelle Homepage vorweisen. Für die Tutorinnen und Tutoren liegen relativ hohe Auswahlkriterien vor. Unter anderem müssen sie 40 Stunden an Selbsterfahrung, eine Fachprüfung in medizinischer Psychologie und eine Tutorinnenschulung vorweisen. 2012 gab es zehn Tutorinnen und Tutoren (fünf Gruppen). Ob die Gruppen interdisziplinär geführt werden, ist nicht ersichtlich. Die Interdisziplinarität beschränkt sich auf Medizin und Psychologie.

Innsbruck war in den letzten Jahren zumindest bei internationalen Treffen nicht anwesend. Bis 2011 waren noch Online-Einträge zu finden. Derzeit scheint aber keine Anamnesegruppe mehr zu existieren. Lehrbeauftragte war bis dahin Ao. Univ.-Prof. Dr. Astrid Lampe. Über die Anzahl der Gruppen oder die Interdisziplinarität ist nichts bekannt.

4.3.2. Anamnesegruppen Deutschland

In Deutschland konnte in den letzten Jahren eine Erweiterung der Anamnesegruppen in den Städten

Dresden und Leipzig beobachtet werden. Allerdings beschränkt sich in allen Städten, bis auf Leipzig, die Interdisziplinarität auf die Fächer Medizin und Psychologie. In Marburg z.B. ist auch die Fachrichtung der Psychologie ausgeschlossen. Kaum eine Universität rechnet die Teilnahme an den Anamnesegruppen als Wahlfach an. Dies ermöglicht einerseits den ursprünglichen Charakter der studentischen Selbsthilfegruppe zu wahren. So bringen die Teilnehmerinnen vielleicht einen idealistischeren und stärker engagierten Zugang mit. Andererseits kann die studentische Bewegung auf diesem Weg nur schwer in ihrer Bedeutung für die medizinische Gesprächsausbildung aufgewertet werden.

In Aachen sind max. 20 Plätze zu vergeben, was auf nur eine Gruppe schließen lässt.

In Berlin sind derzeit zwölf Tutoren und Tutorinnen tätig, die fünf Gruppen und eine Fortgeschrittenengruppe leiten. Die Teilnehmerinnenzahl ist mit zehn Studentinnen pro Gruppe deutlich geringer als in Wien, allerdings dauert die Lehrveranstaltung nur ein Semester. Die Teilnahme ist Medizinstudenten und Psychologiestudentinnen vorbehalten. Lehrveranstaltungsleiter ist Dr. Tobias Hofman.

Dresden

In Freiburg besteht keine Möglichkeit der Anrechenbarkeit. Es gibt eine Fortgeschrittenengruppe. Die Anzahl der regulären Anamnesegruppen ist nicht ersichtlich.

In Homburg bestehen acht reguläre Gruppen und drei sogenannte freie Gruppen. Als primäres Lernziel ist die Selbstreflexion in der Arzt-Patienten-Beziehung angeführt.

In Leipzig werden die Gruppen interdisziplinär geführt. Neben der Psychologie sind auch Theologen und Studentinnen der Gesundheitsberufe vertreten. Es gibt nur eine Gruppe mit zwei Tutoren.

Marburg verfügt über fünf Gruppen, die nicht interdisziplinär geleitet werden.

München hingegen kann elf bzw. zwölf TutorInnen, also sechs Gruppen, vorweisen. Neben Medizinstudentinnen haben auch Psychologiestudenten die Möglichkeit teilzunehmen.

In der Gründungsstadt Ulm ist die Anamnesegruppe seit 2003/2004 als Wahlfach im vorklinischen Studienabschnitt eingeführt. Es arbeiten sechzehn Tutorinnen und Tutoren mit acht Gruppen.

Neben der wöchentlichen Arbeit mit Studenten gibt es auch städte- und länderübergreifende Aktivitäten, die die Anamnesegruppen vorweisen können. Einmal jährlich findet in einer der Anamnese-Städte das sogenannte *Maitreffen* statt. An einem verlängerten Wochenende wird ein vielschichtiges Programm mit workshop-ähnlichem Charakter angeboten. Das Thema und der Austragungsort werden jedes Jahr von den Teilnehmern des Maitreffens bestimmt und von den

Tutorinnen der jeweiligen Stadt aufbereitet.

Ebenso in jährlichen Intervallen wird das inoffizielle Jahrbuch der Anamnesegruppen, *Patienten Orientierte MedizinerInnen Ausbildung (POM)* verlegt, das in studentischer Eigenregie entsteht. Seit 2009 gibt es kein Printmedium mehr, sondern eine Online-Ausgabe.

Die *Tutorenausbildung* wird abwechselnd von einer der Anamnesestädte angeboten und vorbereitet. Schwerpunkte bzw. Kursdesign können dabei stark variieren.

4.4. Die Wiener Anamnesegruppen

Die Wiener Anamnesegruppen sind ein freies, interdisziplinär geführtes Wahlfach der Medizinischen Universität Wien, das seit 2009 auch unter dem Titel *transdisziplinäre Kleingruppenarbeit: Tutorium Anamnesegruppe* im Curriculum geführt wird.

Die Wiener Anamnesegruppen verstehen sich als prozessorientiertes Unterrichtsmodell.

Im Unterschied zu den meisten deutschen Universitäten können an den Wiener Anamnesegruppen neben Medizinstudentinnen auch Studenten der Psychologie, der Kultur- und Sozialanthropologie, der Sprachwissenschaft sowie Erziehungswissenschaften, Pflegewissenschaften,

Ernährungswissenschaft oder auch Studentinnen der Theaterwissenschaft usw. teilnehmen. Die Gruppenzusammensetzung (ca. 20 Studentinnen) folgt folgendem Schlüssel: Medizin (12),

Psychologie (3), Sprach/Literaturwissenschaften (2), Medical Anthropology (2),

Kulturwissenschaften bzw. andere „sozial kompetente Disziplinen“ soweit in der OE Public Health verankert (2). Die zwölf Tutoren der Gruppe stammen in einem ähnlichen Verhältnis aus der Medizin (7) und Psychologie (2), der Medizinischen Anthropologie (1), Sprach- und Literaturwissenschaften (1) sowie Kulturwissenschaften (1) bzw. anderen Disziplinen wie z.B. Regie (1-2) oder Theaterwissenschaften (1-2).

Im Zentrum der Kleingruppenarbeit steht dabei wie auch andernorts das Gespräch (Anamnese, Interview, Narrativ etc.) mit sowohl akut als auch chronisch Erkrankten. Aufgrund der Teilnahme unterschiedlicher Studienrichtungen werden Blickwinkel und Herangehensweisen vielschichtig dargestellt und tragen so zu einem interdisziplinärem Austausch bei.

Neben der Ärztlichen Gesprächsführung (A, B und C) im Pflichtcurriculum ist die Anamnesegruppe eines der wenigen Lehrangebote, die sich explizit der Gesprächsführung widmen. Es gibt zwar immer wieder Lehrveranstaltungen, die spezifische kommunikative Situationen wie z.B. das Überbringen von schlechten Nachrichten als Inhalt haben oder sich mit der emotionalen Kompetenz und Bewältigungsstrategien beschäftigen, allerdings handelt es sich auch hier um Wahl- und nicht um Pflichtfächer.

Der Bezug zur patientenzentrierten, psychosomatisch orientierten Anamneseerhebung ist innerhalb der Anamnesegruppen nach wie vor stark gegeben, aber nicht zwingend. Es obliegt den einzelnen Tutoren und Tutorinnen Schwerpunkte zu setzen und die in der Gruppe aufkommenden Thematiken aufzugreifen. So ist z.B. die Gruppe, die ich während der Aufzeichnungen begleitet habe, auch aufgrund ihrer speziellen Tutorenzusammensetzung einem anderen Leitfaden bzw. Konzept gefolgt, der in Kapitel 5.2. (S.58) näher beschrieben wird, als die anderen fünf Wiener Anamnesegruppen. Im Folgenden werde ich nun die erklärten Lernziele der Wiener Anamnesegruppen anführen und kritisch betrachten:

Lernziele der Anamnesegruppen Wien:

1. *„Übung der biopsychosozialen Anamnese mit Betroffenen*
2. *Übung einer interdisziplinären Grundhaltung und Nutzung derselben Anamneseerstellung*
3. *Übung, das Potential einer Peer-Gruppe zur Anamneseerstellung nutzbar zu machen*
4. *Die Kooperation mit Krankenstationen und Gesundheitseinrichtungen zur Anamneseerstellung*
5. *Ethische Goldstandards der Anamnese kennen, verstehen, einhalten*
6. *Prozessorientierte qualitative interne Qualitätskontrollen für die Anamnesegruppen zu üben und dazu Forschung zu betreiben und zu veröffentlichen*
7. *Üben, sich international zu vernetzen*
8. *E-Learning*
9. *Fundraising“*

Quelle: <http://www.meduniwien.ac.at/anamnesegruppen/wien/info/lernziele>

(letzter Abruf: 01.09.2013)

Auch wenn das Üben einer biopsychosozioökulturellen Anamnese in den Lernzielen verankert ist, scheint dies eine der Hauptschwierigkeiten zu sein, mit der die Lehrveranstaltung zu kämpfen hat (vgl. Lalouschek 2002a:83). Es stellt sich die Frage, wie biopsychosozioökulturelle Gesprächsmodelle geübt werden können. Wie schon in Kapitel 1 erwähnt, gibt es nicht die eine biopsychosozioökulturelle Methode. Es handelt sich vielmehr um ein Gesprächskonzept, eine Grundhaltung im Umgang mit Patienten. So bleibt es ein Versuch, den Studentinnen jene Grundhaltung durch fortwährenden, problemorientierten Austausch und Perspektivenwechsel in der Gruppe näher zu bringen. Ich nenne es deswegen Versuch, da es auch unter idealen Voraussetzungen keine Garantie geben kann, dass dieses Lernziel erreicht wird. Lalouschek (2002a) meinte bereits, dass das postulierte Lernziel, nämlich das Einnehmen einer biopsychosozioökulturellen Grundhaltung, schon alleine durch die konzeptuell äußerst schwierigen

Rahmenbedingungen unmöglich erreicht werden kann (vgl. Kapitel 2.3., S. 29, vgl. Lalouschek 2002a:75ff).

Darüber hinaus musste in den letzten Jahren bei den Wiener Anamnesegruppen beobachtet werden, dass aufgrund der Curriculumsumstellung viele Studienanfänger die Anamnesegruppen besuchten, um ein unfreiwilliges Wartejahr aufgrund mangelnder Kapazitäten an der medizinischen Universität zu überbrücken. Viele dieser Studienanfängerinnen hatten weder Erfahrung im Patientenkontakt, noch konkrete Vorstellungen einer patientenzentrierten Medizin. Einige kritisierten in Folge das Forcieren des biopsychosozioökulturellen Ansatzes und drängten auf eine angeleitete Anamneseerhebung im Sinne des reduktionistischen Ansatzes einer biomedizinischen Faktenbeschreibung. Hinzu kommt die freie Gestaltungsmöglichkeit der Gruppenarbeit durch die Tutorinnen. So kann davon ausgegangen werden, dass auf der einen Seite ein patientenzentrierter Ansatz in der Medizin und in der Ausbildung mehr Einzug gefunden hat, auf der anderen Seite gerade zu Beginn des Studiums dieser Ansatz sehr unreflektiert im Raum stehen bleibt und erst recht zu erneuten Spannungen und Widersprüchen führt.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Kritikpunkt mag der einmalige Kontakt mit den stationär behandelten Patientinnen sein (vgl. Lalouschek 2002a:76). Hier wird den Anamnesegruppen vorgeworfen, den Aufbau einer tragfähigen, für die Arzt-Patienten-Interaktion wesentlichen Beziehung zu verhindern, was aber durchaus ein Kernstück patientenzentrierter Medizin ist. Lalouschek ortet eine sogenannte „Durchlaufmedizin“ (Lalouschek 2002a:76), wie sie in biomedizinischen Ansätzen zu finden ist. Weiters kritisiert sie, dass den Patientinnen die Möglichkeit genommen würde, über die durch das Gespräch ausgelösten Emotionen und Gedankengänge zu reflektieren. Sie vertritt die Meinung, dass die Bedürfnisse der Patienten zu wenig aufgefangen würden. Somit stehen die Patienten – wie schon in der somatischen Medizin – auch hier als Objekte im Raum. An dieser Stelle muss sicherlich diskutiert werden, inwieweit die Patienten – im Kontext der Institution und im speziellen Kontext der Anamnesegruppe – für ihr Handeln eigenverantwortlich sind und dieser Kritikpunkt somit vernachlässigt werden kann. Schüffel sieht in dieser Auseinandersetzung mit der Frage der ärztlichen Verantwortung eine wesentliche Aufgabe der Anamnesegruppen (vgl. Schüffel 1983:278/279). Die Teilnahme erfolgt freiwillig, in der Regel wird die Übungsfunktion des Gesprächs deutlich hervorgehoben und die Patienten haben die Möglichkeit, sich in das Interview und den Ablauf einzubringen. Es kommt nicht selten vor, dass Patientinnen den Wunsch äußern, auch am Feedback teilzunehmen bzw. von der Gruppe dazu eingeladen werden. Zusätzlich ist das Stationspersonal über die Teilnahme des Patienten informiert und kann bei Bedarf unterstützend eingreifen. Die zuvor vom Pflegepersonal bzw. von behandelnden Ärztinnen getroffene Auswahl der Patientenkontakte, wie sie sich in der

Praxis der Anamnesegruppen durchgesetzt hat, dient hier ebenso einer Absicherung und Vorbeugung psychischer und physischer Überbelastung der Patientinnen. Auch die studentischen Tutoren haben die Möglichkeit, bei Verdacht auf Überforderung in das Gespräch selbst einzugreifen und die Aufgabe, den Patienten in solch einem Fall aufzufangen und dies dem Stationspersonal zu melden. In meiner vierjährigen Tätigkeit als Tutorin kann ich von nur einem Fall berichten, wo es im Anschluss an das Gespräch notwendig war, die Patientin, allerdings aufgrund eines Schwächeanfalls, nachzubetreuen. Für viele der Patienten ist das Gespräch in der Gruppe hingegen eine willkommen Abwechslung von einem eintönigen Alltag auf der Station. Gerade auf der onkologischen Abteilung wurde von Ärztinnen über die entlastende Funktion der Übungsgespräche berichtet. Auch muss angemerkt werden, dass in den wenigsten Gesprächen belastende Themen wie z.B. Tod, meist aus studentischer Scheu heraus, angesprochen werden. Ist dies allerdings der Fall, kommt es zu erheblichen Schwierigkeiten in der weiteren interaktiven Bearbeitung. Wie auch meine Analyse zeigen wird, ist der Umgang mit emotional belastenden Themen für die Studierenden schwierig und überfordernd. Allerdings setzt Schüffel dem entgegen, dass bereits in den anfänglichen Konzepten vor der Gefahr der studentischen Überforderung gewarnt wurde und deswegen der Patientenkontakt zunächst - während des ersten Jahres - einmalig angesetzt wurde. Erst in einer zweiten, begleitenden Phase sollen schwierige Themen wie Tod und Sterben interaktiv bearbeitet werden (vgl. Schüffel 1983:276). Diese von Schüffel geforderte langsame Annäherung wird zumindest in Österreich nicht mehr praktiziert. Aufgrund der stark divergierenden Zielsetzungen der einzelnen Gruppen und der Heterogenität der Gruppenteilnehmerinnen ist es nahezu unmöglich – v.a. im Rahmen meiner Untersuchung – die dadurch auftretenden Schwierigkeiten genauer zu überprüfen. Allerdings muss ich auch anmerken, dass es besonders in einer komplexen und, wie bereits andere Studien gezeigt haben, höchst widersprüchlichen Institution, nicht wundern darf, wenn es auch innerhalb der Ausbildung immer wieder zu widersprüchlichen Konzeptionen kommt, die einseitig, in diesem Fall studentenzentriert, ausgelegt sind. So muss freilich auch die Rolle der Tutoren, ihre Kompetenzen und Verantwortlichkeit genau betrachtet werden. Kritische Stimmen sprechen von Überforderung und fehlender Reflexion. Die Auswahl der Tutorinnen erfolgt in studentischer Eigenregie. Bis auf den zuvor erwähnten Schlüssel der vertretenen Disziplinen bestehen keine standardisierten, festgelegten Eignungskriterien. Einzige Voraussetzung ist die Absolvierung eines Anamnesejahres. In Ausnahmefällen wird aber auch diese Regelung außer Kraft gesetzt. Ich plädiere an dieser Stelle keineswegs für ein vorgegebenes Selektionsverfahren, da es zum einen um soziale Kompetenzen geht, die schwerlich standardisiert und v.a. von anderen Studenten in einem zeitlich stark begrenzten Rahmen kaum objektiv beurteilt werden können. Etliche Überlegungen, diese Auswahl durch einen

Kriterienkatalog zu vereinheitlichen, wurden immer wieder verworfen. Eine Vertiefung dieser Frage ist in dem Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

Das Lernziel der interdisziplinären Grundhaltung mag zunächst für die Studierenden befremdlich und verunsichernd wirken. Es zeigt sich, dass es anfangs für die Studentinnen wichtig ist, sich voneinander abzugrenzen und die jeweiligen fachspezifischen Unterschiede zu benennen. Medizinstudenten und Psychologiestudentinnen greifen vermehrt auf sogenannte Leitfäden bei den Gesprächen zurück, während Vertreterinnen der Erziehungswissenschaften und auch der Sprachwissenschaften oftmals mit dem Problem kämpfen, sich und ihre Rolle in der Anamneseerhebung zu finden. So laufen die einen Gefahr in gewohnte, dem herkömmlichen Arzt-Patient-Diskurs anhaftende Strukturen der Fragmentierung und des Übergehens zu verfallen. Die Anderen hingegen setzen das Gespräch anfangs zu unspezifisch und beinahe ziellos an. Dennoch konnte ich in der Rolle der Tutorin beobachten, dass die meisten Studierenden zu einem späteren Zeitpunkt sehr gut in der Lage waren, einzelne Zugänge für sich zu erschließen und andere kritisch zu hinterfragen. Auch hier wäre eine weitere Auseinandersetzung mit dem Thema der Interdisziplinarität wünschenswert.

Das angewandte Konzept der Peer-group mag freilich zu einer Abflachung der hierarchischen Strukturen beitragen, allerdings wird der nach wie vor gegebene latente Prüfungscharakter, wie ihn Lalouschek beschreibt (vgl. Kapitel 2.3., S. 31/32), gerne vernachlässigt. Sowohl die Studentinnen, als auch die Patienten befinden sich in ungewohnten kommunikativen Situationen wieder. In den meisten Fällen können die Patienten hier mit keinerlei Erfahrungswerten anknüpfen und versuchen, in der eindeutigen Übungssituation zum Gelingen des Gesprächs beizutragen. Lalouscheks Beobachtung, dass die meisten Patientinnen sich an dem ihnen bekannten, somatisch geprägten Arzt - Patienten Diskurs (Frage-Antwort-Schema) orientieren, muss hier unterstrichen werden. Dem entgegen zu wirken, wäre durch eine – bereits von Lalouschek (2002a) geforderte – umfassende Aufklärung und Orientierung (bzgl. Gesprächsverlauf, Erwartungen an das Gespräch, Gesprächsziele etc.) zu Beginn des Gesprächs möglich, passiert aber nach wie vor in den wenigsten Fällen. Die Erwartungen das Gespräch betreffend sind z.T. stark abweichend und werden ebenso wenig bzw. wenn, erst im Anschluss an das Gespräch innerhalb der Gruppe kommuniziert, was allerdings die Bedeutung der Nachgespräche aufzeigt. So finden sich alle Beteiligten in höchst diffusen Gesprächssituationen wieder, die durch unterschiedlichste Strategien ausgeglichen werden müssen. Gerade im Umgang mit Emotionen werden solche Ausgleichsstrategien häufig angewandt und machen die Überforderung auf studentischer Seite deutlich, wie ich in der Analyse zeigen werde (vgl. Kapitel 6.).

Ein weiteres Charakteristikum der Anamnesegruppen, das hier noch angeführt und näher beleuchtet

werden muss, ist die Tatsache, dass nicht wie üblich in Gesprächsausbildungssituationen auf Simulationspatientinnen zurückgegriffen wird, sondern dass *echte* Patienten zum Einsatz kommen. Dieser Unterschied ist meines Erachtens nach für die Konzeption der Lehrveranstaltung ganz entscheidend. Ein Rollenspiel bzw. das Üben bestimmter Verhaltensweisen und Kommunikationsmuster folgt in der Simulation z.T. anderen Gegebenheiten als im Kontakt mit realen Probanden. Bei den in der Anamnesegruppe geführten Gesprächen handelt es sich freilich auch um eine Simulation, anders als bei Rollenspielen im herkömmlichen Sinn wird de facto hier nur ein Teil gespielt. Die Rolle des Patienten bleibt authentisch und übernimmt weiterhin den durch institutionelle Gegebenheiten bedingten passiven Part. Die Studentin hingegen schlüpft – je nach Herkunftsdisziplin – in die Rolle der Ärztin bzw. auch Therapeutin oder Interviewerin. Diese einseitige Simulation führt dazu, dass der gesamte Gesprächsverlauf a priori kaum gesteuert werden kann bzw. nicht vorhersehbar ist. Zwar führt Lepschy (1999) an, dass grundsätzlich bei Rollenspielen auch konstruktive Züge zu finden sind, also auch hier eine eigenständige Neuproduktion von Themen oder Gesprächsbeiträgen möglich ist, was den Gesprächsverlauf auch bei Simulationen nicht planbar macht. Sie bezeichnet dies als „konstruktiv-gestaltenden“ Charakter und stellt diesem „rekonstruktiv-nachahmende“ (Lepschy 1999:56) Eigenschaften des Gesprächstyps gegenüber. Bliesener (1994) sieht darüber hinaus die primäre Motivation (also das Erreichen eines bestimmten Gesprächsziels, in diesem Fall die Diagnosefindung bzw. ein Therapieentwurf) durch eine sekundäre ersetzt, da es in erster Linie darum geht mittels Muster, „[...] wie dies normalerweise zur Erreichung eines bestimmten Kommunikationszwecks üblich wäre“ (Bliesener 1994:15), eine Gesprächssituation nachzustellen. Simulationen finden somit in einem künstlichen Rahmen statt. Allerdings bewegt sich auch die Anamnesegruppe in einem unnatürlichen Rahmen, die Gespräche finden außerhalb des herkömmlichen Stationsalltags statt (nicht im Patientenzimmer bzw. Untersuchungsraum, die körperliche Untersuchung fehlt meist zur Gänze; auch eine Diagnosestellung bleibt aus, etc.). Bliesener unterscheidet zusätzlich zwischen dem Adressaten- und dem Gegenstandsbezug von Rollenspielen (vgl. Bliesener 1994:14). Entscheidend ist, ob die Simulation den Spieler selbst, Außenstehende (Verhalten) oder den „[...] zu spielenden Handlungs- und Leidensprozess [...]“ (Bliesener 1994:14) ins Zentrum der Betrachtung rückt. Während ersterer der Einfühlung, Selbsterfahrung oder dem Üben verschiedener Verhaltensweisen dient, gilt es bei einem Gegenstandsbezug eine andere Perspektive einzunehmen, eigene Möglichkeiten zu begreifen und einzuüben bzw. sich der eigenen Gewohnheiten bewusst zu werden und diese zu ändern. D.h. eine Differenzierung nach „innere[m] Erleben und äußere[m] Verhalten“ (vgl. Bliesener 1994:14) ist wichtig. Äußeres Verhalten kann beobachtet und dokumentiert werden, inneres Erleben hingegen ist schwer fassbar und in Folge auch durch

verschiedene Dokumentationsinstrumentarien nicht objektivierbar. Die Gefahr der Artefaktbildung ist gegeben. Artefakte sind von herkömmlichen Verhaltensweisen abweichende Verhaltensmuster. Eine gesprächsanalytische Untersuchung zur Artefaktbildung in der medizinischen Gesprächsausbildung hat Gottschamel (2011) in ihrer Diplomarbeit unternommen, auf die ich in diesem Zusammenhang für eine detailliertere Auseinandersetzung verweise. Eine weitere Folge der Künstlichkeit von Simulationen ist, dass sich v.a. bei institutioneller Kommunikation, insbesondere bei dem ohnehin speziellen Fall der medizinischen Kommunikation, eine Verschiebung der asymmetrischen Verhältnisse vollzieht. Gerade in den Anamnesegruppen stehen die Studentinnen oft noch am Anfang ihres Studiums und haben somit noch kein umfangreiches medizinisches Fachwissen erworben. Dies steht dem vergleichsweise größeren krankheitsspezifischem Wissen der Patienten gegenüber. Auch über organisatorische Abläufe und Funktionen der Anamnese sind die Patienten z.T. bestens informiert.

Um eine Simulation möglichst effektiv anzusetzen, empfiehlt es sich nach Bliesener die Rahmenbedingungen möglichst nahe an der authentischen Kommunikationssituation anzulehnen. Im Falle der medizinischen Kommunikation hieße das z.B. die üblicherweise hoch kontingente Atmosphäre nachzustellen, auf eine körperliche Untersuchung nicht zu verzichten oder auch örtliche Gegebenheiten umzusetzen. Ein Grund warum bestimmte institutionell geprägte Rahmenbedingungen in der Anamnesegruppe nicht umgesetzt werden können, kann die oft genannte Interdisziplinarität sein. Es müsste je nach Herkunftsdisziplin des Gesprächsführenden ein anderes Setting nachgestellt werden. Mal handelt es sich um ein vertraulich geführtes Therapeutengespräch, mal um eine medizinische Anamnese in der Ambulanz, mal um ein narratives Interview. Was hier einmal mehr deutlich wird, ist der studentenzentrierte Charakter der Lehrveranstaltung. Die Frage, ob dabei nicht die Patientinnen auf der Strecke bleiben, also auf ihre Kosten geübt wird, steht im Raum. Aber wie schon Üexküll meint, setzt patientenzentrierte Medizin eine studentenzentrierte Ausbildung voraus (vgl. Üexküll 1983:XII).

Ein ganz wesentlicher Vorteil der Teilsimulation liegt meiner Meinung nach auch darin, dass v.a. Aspekte des emotionalen Erlebens durch die Echtheit der Patienten authentisch wiedergegeben werden. Demnach steht der Beziehungsaufbau bzw. die Beziehungskomponenten im Fokus der Betrachtung. Anders als bei Simulationen muss innerhalb der Anamnesegruppe tatsächlich eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden, um ein Übungsgespräch, auch wenn es unter verschobenen Blickwinkeln stattfindet, zu gewährleisten.

5. Forschungsprozess und Hypothesen

Während meiner vierjährigen Tutorinnenzeit wurde die Idee einer gesprächsanalytischen Untersuchung der von mir wöchentlich beobachteten Gespräche und der Wunsch diese Beobachtungen wissenschaftlich zu dokumentieren immer konkreter. Es sollte einige Jahre dauern, bis ich den Fokus eingrenzen und mein Vorhaben realisieren konnte. Ich bin aber auch der Auffassung, dass gerade dieser zeitlich große Abstand zu meiner Tutorinentätigkeit, mein Blickfeld erweitert und zu einer zunehmend kritischeren Auseinandersetzung mit der Thematik geführt hat.

5.1. Die Erhebung:

Vorarbeit

Zunächst mussten einige institutionelle Hürden genommen werden, um eine Erlaubnis zu erhalten, im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) Gespräche aufzeichnen zu können. Anfang Jänner 2012 stellte ich einen Antrag bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien, der mir Ende Februar bewilligt wurde. Danach nahm ich Kontakt mit den Anamnesegruppen auf. Es dauerte bis Anfang April bis mir eine der sechs Gruppen zusagte, sie im Sommersemester begleiten zu können.

In weiterer Folge wurde ich im AKH vorstellig, um die Datenaufzeichnung auch von institutioneller Seite bewilligen zu lassen. Ein schriftliches Schreiben von ao. Univ.-Prof. Dr. Klaus Spiess, dem Lehrveranstaltungsleiter des Wahlfachs, an den Oberarzt der onkologischen Abteilung unterstützte mein Anliegen. Nach erneutem Vorsprechen bei diesem, wurde mir schließlich die Erlaubnis erteilt, unter selbstverständlicher Bedingung, dass sich auch die einzelnen Patientinnen und Patienten schriftlich bereit erklärten, von ihrem - im Rahmen des Wahlfachs geführten - Gespräch eine auditive Aufzeichnung anfertigen zu lassen. Alle Einverständniserklärungen liegen bei mir auf. Die aufgezeichneten Daten selbst wurden anonymisiert und sind nur mir und meinem Betreuer, Univ.-Prof. Mag. phil., Dr. phil. Florian Menz, zugänglich. Am 30. April wurde das erste Gespräch aufgezeichnet.

Die Aufzeichnung

Zu Beginn jeder von mir hospitierten Einheit traf ich mich mit dem oder der Gesprächsführenden

um einen gesprächsbereiten Patienten zu finden. Erste Anlaufstelle war jedes Mal der Stationsstützpunkt, wo wir um eine Vorauswahl seitens der behandelnden Ärztinnen bzw. Pflegekräfte hofften. Bestimmte Kriterien wie Mobilität oder ein gewisser Grad an Offenheit und Gesprächigkeit nannten wir als Voraussetzung für die Teilnahme. Meist wurden uns einige Patienten genannt, die wir anschließend persönlich aufsuchten um eine Einwilligung an der Teilnahme einzuholen. Dieses Prozedere war mir geläufig und ich versuchte mich, was die explizite Aufklärung über den Ablauf und das Setting bzw. die Rahmenbedingungen des Gesprächs betraf, zurückzuhalten. Schnell wurde an dieser Stelle allerdings deutlich, wie verunsichert und unzureichend vorbereitet die drei von mir begleiteten Studierenden waren. Wichtige Punkte wie die Anwesenheit anderer, die grundsätzliche Schweigepflicht für alle Anwesenden oder auch der von Lalouschek (2002a) schon beschriebene latente Prüfungscharakter⁸ der Gesprächssituation wurden zum Beispiel nicht bzw. nur marginal erwähnt. Die Studentinnen und der Student wirkten jedes Mal nervös und angespannt. Die Patienten reagierten unterschiedlich auf dieses Verhalten. Mal erhielten wir sofort eine Zusage, mal erst bei der dritten Patientin, einmal mussten wir mehrmals zum Stützpunkt zurückkehren, um uns andere Namen geben zu lassen. Im Anschluss an die studentische Aufklärung hatte ich die Möglichkeit mein Anliegen, nämlich die Aufzeichnung des Gesprächs, darzubringen und das Thema meiner Diplomarbeit zu erläutern. Ich hielt mich auch hier sehr bedeckt, da die gesprächsführenden Studentinnen mit anwesend waren und ich durch ausführliche Erklärungen und Darstellung meiner Hypothesen die Befürchtung hatte, das Gesprächsverhalten zu sehr zu beeinflussen. Ich bot den Patienten die Möglichkeit an, mir im Anschluss an das Gespräch Fragen zu stellen bzw. bei Unsicherheiten auch jederzeit nachzuhaken. Die Tonaufzeichnung stellte für keinen der drei Interviewpartner ein Problem dar und ich versicherte einen vertraulichen Umgang mit dem Tonmaterial sowie die Anonymisierung der Daten.

Da der Seminarraum, in dem die Gespräche geführt wurden, einen Stock über der Station lag, wurde z.T. schon am Weg/im Aufzug das eine oder andere Wort gewechselt, was zum Beispiel bei Patientin 1 (Pw1) dazu führte, dass schon vorab einige Informationen fielen, die später im Gespräch aufgegriffen wurden. Dies wird im Transkript und bei der Analyse explizit erwähnt.

Auch hier habe ich versucht, ab dem zweiten Gesprächspartner, mich vollkommen zurückzunehmen, was allerdings nicht sehr gut gelang, da dieses Schweigen meinerseits als unhöflich interpretiert wurde bzw. nicht zu einer Lockerung der Atmosphäre beitrug. Inwieweit ich nun tatsächlich die Daten geprägt habe, lässt sich kaum beantworten.

⁸ Vgl. Kapitel 2.3., S. 31/32.

5.2. Das Datenmaterial

Insgesamt wurden 3 Gespräche aufgezeichnet. Alle Gespräche fanden auf der onkologischen Abteilung des AKH Wien statt. Die Gruppe setzte sich aus 15 Studenten und Studentinnen aus den Studienrichtungen Medizin, Psychologie und Erziehungswissenschaften zusammen. Beide Tutoren studierten Regie am Max Reinhard Seminar, was insofern ein Novum war, als dass normalerweise das Tutorenpaar aus mindestens einem Medizinstudenten besteht. Ein weiterer erwähnenswerter Aspekt ist, dass diese Gruppe explizit einen anderen Leitfadens verfolgte als jenen auf der Homepage postulierten. Dessen zentrales Merkmal ist der Fokus auf eine tiefgehende Auseinandersetzung mit dem Prozess der Anamnese durch die Ermöglichung von Perspektivenwechseln und die Eröffnung neuer Perspektiven, die durch Experimentieren mit der Gesprächssituation erreicht werden sollten. So wurden Elemente der Wahrnehmungsschulung (Tragen von Masken, Anamnesegespräch im Dunklen, etc.), die bislang in den Gruppen nur vereinzelt ihre Anwendung fanden, verstärkt eingesetzt. Ziel dieser Neugestaltung war es, durch die Orientierung an der Begrifflichkeit und Methodik des Theaters dem Patienten einen größeren Freiraum zu schaffen, um sich selbstständig in *Szene zu setzen*. So sollten mit der Gruppe bestimmte Elemente der Inszenierung des Anamnesegesprächs erarbeitet werden. Diese Elemente sollten das herkömmliche Gespräch begleiten, wie z.B. die gemeinsame Herausarbeitung mit dem Patienten von alltäglichen Familienszenen. Die Fokussierung des Patienten als Experten seiner Erkrankung, Fremdwahrnehmung, Rollentausch und Kostümierung waren ebenso angedacht wie eine spielerische Szenenmanipulation durch beispielsweise Veränderung der Gesprächsgeschwindigkeit oder des Settings während des Gesprächs.

Die drei Gespräche

Das erste Gespräch führte eine Studentin der Erziehungswissenschaften. Die Dauer des Gesprächs lag bei 12 Minuten und 56 Sekunden. An diesem Tag nahmen zwölf weitere Studentinnen sowie die beiden Tutoren an der Lehrveranstaltung teil. Eine Besonderheit bei diesem Gespräch bestand darin, dass sowohl die Gesprächsführende als auch die Patientin Masken trugen. Die Gruppe wurde vorab darüber informiert, auch die Patientin erklärte sich im Vorfeld bereit an diesem Experiment, das der Wahrnehmung von Gestik, Mimik und Blickkontakt dienen sollte, teilzunehmen. Die Masken wurden noch vor Betreten des Gruppenraums ausgewählt und aufgesetzt, sodass die Gruppe die Patientin nur mit Maske sehen konnte. Die beiden

Gesprächspartnerinnen saßen sich in einem Abstand von ca. einem halben Meter gegenüber, zwischen ihnen lag auf einem weiteren Sessel das Aufnahmegerät. Die anderen Gruppenmitglieder verfolgten das Übungsgespräch, an den Tischen sitzend, aus einer Entfernung von ca. zwei Metern. Die gesamte Gesprächssituation erinnerte an einen Frontalunterricht in einer Schulklasse bzw. einer Theatervorstellung.

Das zweite Gespräch wurde von einem Medizinstudenten im zweiten Semester geführt. Der Patient war männlich und 67 Jahre alt. Das Gespräch dauerte 10 Minuten 33 Sekunden. Die Sitzpositionen waren ähnlich jenen aus dem ersten Gespräch, allerdings bestand ein größerer Abstand zwischen Gesprächsführer und Patient. Das Aufnahmegerät wurde hinter beiden auf einer Ablage der an der Wand montierten Tafel positioniert. Auch hier machten sich während des Gesprächs einige Studentinnen Notizen. Der Medizinstudent verwendete im Gegensatz zur ersten Gesprächsführerin eine „Liste“, die – laut Auskunft des Studenten - ungefähr jenem Leitfaden entsprach, der bei der ersten Jahresprüfung des Medizinstudiums geprüft wird.

Das dritte Gespräch wurde von einer Medizinstudentin (viertes Semester) geführt. Der Patient war 62 Jahre alt. Auch hier war das Setting wieder besonders gewählt. Das eigentliche Anamnesegespräch fand unter Ausschluss der restlichen Gruppe statt. Anwesend waren nur die beiden Gesprächspartner, sowie ein Protokollführer und ich mit meinem Aufnahmegerät. Der Rest der Gruppe wartete im benachbarten Seminarraum, wo der Patient anschließend die Gelegenheit hatte, das Gespräch unter Moderation des Protokollführers wiederzugeben. Dieses Gespräch dauerte 33 Minuten und 23 Sekunden. Die Studentin saß mit dem Patienten an einem Tisch, der Raum war deutlich kleiner als der Seminarraum, wie dieser ohne Fenster. Das darauf folgende Resümee vor der gesamten Gruppe dauerte ähnlich lange und ließ viele Rückschlüsse auf das zuvor geführte Interview zu. Da es sich nicht mehr um das eigentliche Übungsgespräch handelt, wird es nur ergänzend zu meiner Analyse hinzugezogen.

5.3. Hypothesen und untersuchungsleitende Forschungsfragen

Ausgehend von den von Lalouschek (2002a) gebrachten Kritikpunkten (s. Kapitel 2.3.) und meinen in vier Jahren als Tutorin gesammelten Erfahrungen soll das Spannungsfeld *somatisch orientierte Ausbildung – psychosozial ausgerichtete Lehrverantsaltung* neu dargestellt werden.

Mein persönliches Anliegen ist es, die Vorteile einer derart konzipierten Lehrveranstaltung deutlich zu machen und wichtige Argumente für ein Weiterbestehen dieses Wahlfachs anzuführen. Alle von

Lalouschek aufgegriffenen Kritikpunkte kann ich auf der einen Seite unterstreichen und nachvollziehen. Zum anderen ist klar, dass es sich um eine höchst komplexe Herausforderung innerhalb der medizinischen Gesprächsausbildungssituation handelt, die es in fortlaufenden Evaluierungen zu klären gilt.

Die Eingrenzung des Forschungsgegenstandes auf den sprachlichen Umgang mit Emotionen erschien sinnvoll, da die interaktive (verbale) Herausarbeitung von Erleben und Bedeutung der Krankheit für den Patienten ein zentrales Kernstück biopsychosozialer Gesprächsführung und augenscheinlich stark problembehaftet ist.

Die Literaturrecherche und meine persönlichen Erfahrungen führten mich zu folgenden Hypothesen:

- 1) Der sprachliche Umgang mit Emotionen ist gerade bei Studienanfängern nach wie vor sehr unsicher und unreflektiert. Das wird besonders anhand der Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben deutlich. Die häufigsten Prozessierungsstrategien sind Übergehen und Ignorieren (vgl. Lalouschek 2002a:69,74).
- 2) Entgegen den auf der Homepage postulierten Lernziele steht nicht das kommunikative Verhalten an erster Stelle, in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt vielmehr der Beziehungsaspekt. D.h. das Herstellen einer tragfähigen, kooperativen Beziehung zwischen Patienten und Ärztinnen/Therapeuten als Gesprächsbasis ist primäres Ziel. Das Verschieben von Perspektiven, das durch den interdisziplinären Austausch und die heterogene Zusammensetzung der Gruppe gegeben ist, ermöglicht ein Öffnen der Teilnehmerinnen gegenüber neuen Techniken in der Gesprächsführung. Das an sich sehr frei gestaltete Setting (Die Teilnehmerinnen haben aufgrund der niedrigen Hierarchie die Möglichkeit stärker auf den Ablauf und die Konzeption der Lehrveranstaltung Einfluss zu nehmen als in anderen Lehrangeboten.) erlaubt eine ungehemmte Annäherung an schwierige, konfliktreiche Themenschwerpunkte und tabuisierte Aspekte wie Tod, Leiden, Emotionen (Was tun wenn der Patient weint?!) etc.
- 3) Die eigentliche „Lehrmethode“ ist das reflexive Nachgespräch. Hier werden die Zusammenhänge zwischen somatischen Beschwerden und sozialen, psychischen Faktoren gemeinsam in der Gruppe herausgearbeitet sowie die Bedeutung von individuellem Erleben (Umgang mit einer Krankheit, Zusammenhalt in der Familie, Unterstützung durch Verwandte und Freunde etc.) hervorgehoben. Außerdem findet durch die interaktive Bearbeitung der in den Nachgesprächen aufkommende Themen erst die notwendige Reflexion der eigenen Verhaltens- und Sichtweisen statt, die auch zu einer Sensibilisierung

für kommunikative Abläufe führt (vgl. Lalouschek 2002a:75; Schüffel 1983:56f).

Basierend auf den angestellten Hypothesen entwickelten sich folgende Forschungsfragen:

- 1) Wie gehen Studenten auf emotionale Äußerungen von Patientinnen ein? Welche Prozessierungsstrategien werden angewandt?
- 2) Welche Themen werden in den anschließenden Nachgesprächen behandelt? Werden die konfliktreichen bzw. schwierigen kommunikativen Situationen aus den vorangegangenen Gesprächen aufgegriffen und diskutiert? Hierfür ziehe ich die während der Gespräche erstellten Beobachtungsbögen heran und vergleiche die im Feedback und Nachgespräch angesprochenen Aspekte mit den aus der Gesprächsanalyse gewonnenen Erkenntnisse über den Gesprächsverlauf.

6. Die Analyse

Ich werde mich bei der Analyse – wie bereits erwähnt - auf den Teil der Beschwerdenexploration und der vertieften Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben konzentrieren. Da aber natürlich der gesamte Gesprächsverlauf relevant zu setzen ist, stelle ich der Detailanalyse einen inhaltlichen bzw. thematischen Überblick jedes Gesprächs voran. Hierfür unterteile ich die Anamnesegespräche – wie schon argumentiert – in drei bzw. vier Phasen ein:

Gesprächseröffnung, *Kernphase* (Beschwerdenexploration, vertiefte Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben) und *Beendigungsphase* (vgl. auch Kapitel 2.1.2., S. 22). Eine ähnliche Aufteilung findet sich auch in der anschließenden Detailanalyse (Kapitel 6.4.).

6.1. Das erste Gespräch: 30412

Das Gespräch wurde am 30. April 2012 aufgenommen. Gesprächsführerin war eine Studentin der Erziehungswissenschaften, die Patientin war ca. 35 Jahre alt und erklärte sich sofort bereit, an dem Übungsgespräch teilzunehmen.

Thematischer Verlauf:

Phase	Frageformulierung	Inhalt
Eröffnungsphase:	Also sie geben mir Bescheid, wenn ihnen schlecht wird, oder sie müde sind, wir können jederzeit abbrechen.	Der eigentliche Gesprächsbeginn ist nicht aufgezeichnet, da Sw1 und Pw1 sich im Vorraum bereits Masken ausgesucht haben und vorab auf dem Weg in den Seminarraum bzw. bei der Aufklärung ca. 30 Minuten vor dem Gespräch einander vorgestellt haben.
Kernphase: Beschwerdenexploration von Ereignis (E) 7-54	<p>Ähm aus welchem Grund sind sie hier? Im AKH?</p> <p>„Äh wann ist die Krankheit das erste Mal aufgetreten?“ (E.19)</p> <p>„Mhm^^ Das heißt sie sind seit Jänner in Behandlung?“ (E.42/43)</p> <p>„(Okay) und wie lange dauert das noch? Also bis jetzt die/diese vierte Chemo´ fertig ist?“ (E. 45-47)</p>	<p>Pw1 gibt eine kurze, prägnante Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufs (Sie befindet sich im 4. Chemozyklus, benennt ihre Krankheit als Myozykom, hat heute tolle Nachricht bekommen: Stoffwechsel in Tumor kaum mehr nachweisbar → „und bin natürlich jetzt sehr aufgekratzt“ (E. 14))</p> <p>Pw1 erklärt, sie habe es Anfang Jänner bemerkt, davor aber schon monatelang Schmerzen gehabt, es aber auf physische Anstrengungen zurückgeführt, sie spricht auch von einem möglichen Burnout oder Depressionen. Auch ein Röntgen oder das Aufsuchen eines Physiotherapeuten hat nichts gezeigt. Erst als der Dippl spürbar war, ist sie „gerannt“</p> <p>Der vierte Chemozyklus ist am Tag nach dem Gespräch beendet und die Patientin soll entlassen werden. Es folgen aber noch ein 5. und 6. Chemozyklus, eine Stammzellenentnahme und eine Operation (Entfernung des Tumors)</p>
Kernphase:	„Haben sie die gute Nachricht	Ja, die Familie hat schon auf die

<p>Vertiefte Prozessierung von Bedeutung und Erleben</p>	<p>gleich der Familie weiter gegeben?“ (E. 15) „Und an was freun sie sich jetzt schon wenn sie heimkommen?“ (E. 55/56) Und ihre Kinder, da haben sie mir vorher schon was erzählt, kommen die Kinder sie auch regelmäßig sie besuchen?“ (E. 68-70) „Und wissen die Kinder grundsätzlich Bescheid wieso sie im Spital sind?“ (E. 94/95) „Okay also der Kleinste ()?“ (E. 97-99) „Ham sie sich quasi so ein Lebensmotto zugelegt?“ (E.124) Ham sie schon irgendwelche Ziel oder ham sie sich was überlegt, was sie danach machen wollen?“ (E. 146/147) „Das heißt sie haben Unterstützung auch also im weiteren Kreis, oder?“ (E. 182-185)</p>	<p>Nachricht gewartet. Pw1 freut sich auf ihre Kinder, die gewohnte Umgebung, das Essen Kinder unter 14 Jahren dürfen nicht auf die Station, was für Pw1 gut passt, da es für sie und die Kinder eine zu große Belastung und Anstrengung wäre. Ja, auch der Kleinste weiß, dass er aufpassen muss. Die Kinder wurden „gut vorbereitet“ (E. 111), Pw1 fügt noch hinzu, dass sie einen relativ humorvollen Umgang mit der Krankheit pflegen und dass sie die Krankheit nicht als so große Bedrohung sieht (E. 115) Pw1 freut sich auf das was sie machen kann, meint sie habe sich seit der Diagnose sehr erholt, weil sie so viel Ruhe hat und nicht mehr alles alleine machen muss, bekommt sehr viel Unterstützung und kann sich in Folge mental gut beschäftigen und vorbereiten. (E. 141-144) Jobwechsel und in Folge alter Job kurz angesprochen, Pw1 spricht von Mut zur Umorientierung, den sie vorher nicht hatte. Durch die Unterstützung mit den Kindern hat sie auch hierfür neuen Mut geschöpft und empfindet diese auch als große Entlastung (privilegierte Familie) Unterstützung von allen wird nicht näher definiert), es ist immer jemand da!</p>
<p>Beendigungsphase</p>	<p>„Äh ham sie noch irgendwelche Fragen? Wollen sie vielleicht noch was mit den Masken ausprobieren?“ (E. 237)</p>	<p>Pw1 meint, dass die Masken für sie gar keine Rolle spielen, probiert aber Sw1 zuliebe eine neue Maske aus. Das Gespräch</p>

	<p>„Aber ich danke ihnen dass sie sich bereitwillig zur Verfügung gestellt haben, das ausprobiert haben“ (E. 340-344)</p>	<p>wird nicht beendet, thematisch geht es aber nur mehr um die ungewöhnliche Situation des Masken Tragens. Pw1 stellt zwar mehrfach den Zusammenhang zu ihrer Erkrankung dar (E. 283/288/), Sw1 übergeht dies aber.</p>
--	---	---

6.2. Das zweite Gespräch: 7512

Das zweite Gespräch wurde am 07. Mai 2012 aufgezeichnet. Der Gesprächsführende war ein Medizinstudent, der am Anfang seines Studiums stand.

Thematischer Verlauf:

Phase	Frageformulierung	Inhalt
Eröffnungsphase	<p>Ähm wie geht's ihnen denn heute Hr. Pm2?</p> <p>Ähm sie san seit letzter Wochn hier?</p> <p>Vorige Woche Donnerstag okay, und äh wie is es so im AKH allgemein, der Aufenthalt? Okay von der Ausstattung her so?</p> <p>Ja okay` Und die Schwestern, das Personal? Ärzte? Das Essen?</p>	<p>Momentan ganz gut</p> <p>Seit letzter Woche Donnerstag nicht schlecht, Räumlichkeiten sind bedrückend</p> <p>alles okay</p>
Kernphase: Beschwerdenexploration	<p>Weswegen sans denn hier?</p> <p>Mhm` und jetzt aufgenommen sans ursprünglich jetzt wordn weg` eam Krebs?</p> <p>Mhm` und jetzt arbeitens da gegen die Lungenentzündung?</p> <p>Mhm`((2s)) Kennt/äh ham die Ärzte was sagen können über des zusammenhängen? Die</p>	<p>Krebs, Prostatakrebs mit Ausstrahlungen, Ursprünglich war eine Chemotherapie geplant, aber weil Blutwerte schlecht waren, haben sie auch die Lungenentzündung entdeckt</p> <p>Immunschwäche, hat man ja oft bei einer Chemo.</p>

	<p>Krebstherapie und die Lungenentzündung? Oder is des ? Seit wie lang ham s denn den Krebs? Wie sans ursprünglich drauf kommen? Und seit dem kriagen s Chemotherapien?</p> <p>Und wie viele Durchgänge ham s da machen müssen? An der Chemo, oder? Okay` ham s bestrahlen a no müssen? Äh ahm Studie? Aha speziel/a spezielle Studie? Mhm` Und ah/(wo war i).. da äh . Wie is des äh vo/vorher? Haben sie vorher schon Erkrankungen schwere, im Laufe ihres Lebens? Oder?</p> <p>((2s)) Und ham sie jetzt auch noch zusätzliche Erkrankungen zur Lungenentzündung und zum Krebs dazu? Nix? Okay` Und sie ham gsagt der Krebs der strahlt aus? Ja und (äh) wo? Oder wo ham s die bekommen?</p> <p>Mhm`` Und erst seit kü/kürzerem oder scho länger?</p> <p>Okay`((4s)) Äh nehmen s jetzt/aso i mein, ich nehme an, dass sie Medikamente nehmen, Äh sehr viel? Okay`wi/wissen s ungefähr wogegen alles oder? () lacht Okay` äh vom Krebs her oder von der Lungenentzündung? Ähm we/wenn i frogn derf, wie alt sind sie? Siebenundsechzig okay` Äh im Ruhestand nehm ich an?</p>	<p>Das dirtte Jahr.</p> <p>Hat nicht aufs WC gehen können, in Lainz behandelt zuerst beim Urologen, dann Empfehlung ins AKH zu gehen, weil die Werte gestiegen sind, seit 1 Jahr im AKH Bis jetzt 2 komplette, der dritte Durchgang wurde jetzt abgebrochen ja</p> <p>Ja. schwere Erkrankungen ziehen sich durch sein ganzes Leben, aber nie so tragisch genommen: Magenoperation, Kinderlähmung mit 5 Jahren, schwerer Unfall Nein, momentan nichts</p> <p>Leistengegend , Schultergegend, und in der Lunge.</p> <p>Ausstrahlungen von Anfang an da, weswegen Tumor inoperabel. ja</p> <p>SEHR viele Schmerztabletten</p> <p>Vom Krebs</p> <p>67</p> <p>Ja</p> <p>Ja</p>
--	--	--

	<p>Ham sie vorher gearbeitet? Als was? Maschinenarbeiter okay` Und wo? Okay`Und wo/was ham sie dort gemacht? Aha okay`Des äh ham sie ihr Leben lang gmacht, oder? Sehr lang. Mhm`((2s)) und äh ham sie Familie? Ähm Gattin? Alle schon erwachsen? Und gabs schon Krebserkrankungen in ihrer Familie? Okay ((3s)) U:nd äh ihr seit/seit dem sie äh diese äh seit dem sie die Krebserkrankung ham, san sie immer wieder auf der Tagesklinik gwesen? Und müssen sie zuhause sehr viele Medikamente nehmen? Ham s da a Kreislauf/mit m Kreislauf zum tuan oder? Äh ham s dann eigentlich amal auf der Isolationsstation ver/a Zeit verbringen müssen? Ähm naja wie sieht des jetzt aus bei ihnen? Is/Sind die Metatstasen oder der Tumor schon kleiner geworden? Okay`aso (durch des) äh aso wenn dann höchstens Stillstand und und langsam wachsen tuat aber doch? Und äh wie lang müssen s jetzt no da bleibn im Krankenhaus? Is dann diese/äh wird dann die Chemo wieder in der Tagesklinik gemacht oder? ((2s)) Was äh glauben sie wie wird s weitergehen mit ihrem Krebs? Okay`is imma schlimma wordn mit der Zeit?</p>	<p>Maschinenarbeiter Bei der Firma Ka() in Hernals. Verpackungsmaterial Sehr lang. Über zwanzig Jahre lang Ja` Ja.Gattin vier Kinder. Ja, der Jüngste 39. Großvater Kopftumor, direkte Familie weiß er nicht Ja, wegen Chemotherapie Ja genauso wie hier. Bei der Einlieferung Nein Nein, er wächst langsam Wächst langsam weiter. Hofft, dass er diese Woche entlassen wird Das weiß ich noch nicht. Bettlägrigkeit es wird schlimmer, Müdigkeit nimmt zu</p>
<p>Kernphase: Vertiefte Prozessierung von Bedeutung</p>	<p>Okay`((2s)) U:nd äh wie äh wie w war des wie gingen ihr Gattin</p>	<p>Vermutung schon gehabt, aufgrund des „Vorgangs“</p>

und Erleben	<p>und die Kinder und so weiter um mit wie die Diagnose damals kam? Dass sie Krebs haben...</p> <p>Okay`okay`Und dann war sozusagen nur noch die die Feststellung</p> <p>U/und wie is ihnen selber dabei ggangen? Als sie ghört ham dass des Krebs ist?</p> <p>Okay`und net irgendwie gschockt oder so wei...</p> <p>Mhm` Und äh ansonsten beeinträchtigt sie der Krebs im Leben?</p> <p>Okay`((2,5s)) Ähm ((1s)) und äh wie is des mit Bekannten und Freunden? Äh hat sie da was verändert durch die Krebserkrankung oder is des...? Inwiefern? Ausweichen? Und kann ()</p> <p>Okay` ham s so den Eindruck gegenüber...</p> <p>Okay` von oin oder?</p>	<p>Feststellung,</p> <p>Na mei Vermutung hat sich bestätigt</p> <p>Sicher leichter Schock, obwohl man es eh weiß</p> <p>Ja sicher, nicht mehr so fit, Müdigkeit nimmt zu, Kraft verlernt man</p> <p>Ich nehme schon an,</p> <p>man weicht irgendwie aus.</p> <p>Ja`</p> <p>Annahme, dass Krebs ansteckend ist, lässt Leute ausweichen</p> <p>Ja</p> <p>Großteil</p>
Beendigungsphase	<p>((5s)) NA GUT! Ham sie dann noch an mich Fragen? Eigentlich nicht?</p>	<p>Eigentlich nicht.</p> <p>Nein!</p>

6.3. Das dritte Gespräch 21512:

Das dritte Gespräch fand am 21. Mai 2012 statt und wurde von einer Medizinstudentin im fünften Semester geführt. Der Patient hatte bereits Erfahrungen mit den Anamnesegruppen gesammelt.

Thematischer Verlauf:

Phase	Frageformulierung	Inhalt
Eröffnungsphase	Gut Herr Pm3?	
Kernphase: Beschwerdenexploration	Genau ja richtig s äh fangen sie doch einfach mal an zu erzählen warum sie äh wie sie ins AKH	Geschwächtes Immunsystem bedingt durch Chemotherapien, Mantellyphlipom, 3./4.

	<p>gekommen sind!</p> <p>Äh seit wann ist das bekannt dass sie das haben? Seit dem sind sie in Behandlung? Und ähm haben sie schon vorher Chemotherapien bekommen oder ist das die erste?</p> <p>Und ähm haben sie viele/schon viele Bluttransfusionen ((3s)) und ähm deswegen haben sie auch diese ähm das/warten sie auch weitere auf das Blutbild? Ähm was müssen sie momentan für Medikamente nehmen?</p> <p>Gut ähm zwischen den den Zyklen der Chemotherapie warn sie immer da zuhause...?</p> <p>Also fühlen sie sich schlapp und antriebslos wenn sie die Chemotherapie bekommen haben oder...?</p> <p>Mhm` Und dann kommen sie wieder zurück ins Krankenhaus?</p> <p>Und ähm: morgen können sie</p>	<p>Lungenentzündung wird gerade behandelt, Tumor im Beckenknochen, daher von außen schwer behandelbar, Knochenmarktransplantation im Moment nicht spruchreif, seit 2 ½ Jahren, im Juni seit 2 Jahren</p> <p>schon einige gehabt, zuerst die leichtere, um zu sehen, wie Patient darauf anspricht, Immunsystem dadurch so geschwächt, dass Lungenentzündung bekommen, schlechte Blutwerte, Bluttransfusionen, abwechselnd Blutwerte und Lunge „schlecht“, Ärzte sind selber „fassunglos“, dass Therapie nicht so gut anschlägt, 150-200</p> <p>alle 14 Tage wird Blutbild gemacht und dann dementsprechend behandelt, kennt Medikamente nicht beim Namen, vertraut Ärzten („muass i mi drauf verlassen...“ E. 787) da ist er immer und kann tun und lassen was er will; P spricht von Antriebslosigkeit, die er merkt wenn die Blutwerte wieder schlechter sind und eine Bluttransfusionen („A Briserl“) braucht, Nein, wenn Blutwerte schlecht sind, Thrombozyten und Leukozyten wechseln einander ab, merkt er an seinem Allgemeinzustand, meistens in die Ambulanz, wo ein Blutbild gemacht wird, dann wird entschieden, was zu tun ist. (99 % eine Bluttransfusionen), ist noch unklar, abhängig von Blutbild bzw. ob Ergebnisse des Blutbildes schon vorliegen, P</p>
--	--	---

	<p>dann vermutlich wieder nach Hause (wenn)...</p> <p>Nein es is nein es is halt so ich hab nur eine Sache die ich nicht so ganz verstanden hab und zwar, das das Ziel sollte/soll dann irgendwann mal eine Knochenmarktransplantation sein Und das is ein Lymphlipom?</p>	<p>spricht von komplexen Abläufen im AKH, wenn die Chemotherapien nichts erreichen/bewirken, Tumor liegt nicht außen, deswegen schwer behandelbar,</p> <p>Lymph/äh MANTELLYMPHLIPOM, Non Hodgskin</p>
<p>Kernphase: Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben</p>	<p>Mhm'' Fühlen sie sich im AKH gut aufgehoben? Wie sind die Ärzte hier so? Sind die nett?</p> <p>Ja`((2s)) Ähm sie ham vorher gesagt dass sie ähm dass die Ärzte im Krankenhaus das ihnen das hilft mit der Krankheit umzugehen, dass die Distanz nicht mehr da is? Was ähm was gibt es sonst noch für äh Dinge die ihnen helfen mit dieser Krankheit umzugehen? Sie ham sie ja 2 ½ Jahre is ja schon ... (____)</p> <p>((1,5s)) Ähm haben sie irgenwelche Freunde verloren oder hat sich irgendetwas verändert in ihrem Freundeskreis seit die Krankheit kam? Äh ham sie Kinder?</p> <p>Okay`gut! Ähm: kein Problem ((1s)) ähm was was machen sie so wenn sie zuhause sind? Und ähm (räuspert sich) was äh was haben sie für eine Einstellung zu ihrer Erkrankung? Wie sehn sie das?</p>	<p>Ja absolut!</p> <p>Ja absolut, keine Götter in weiß, freundlich, normal ansprechbar, kein Abstand mehr zwischen Ärzten und Patienten psychologisch gesehen schon sehr wichtig, Patienten werden gleichwertig behandelt, nicht von oben herab, Offenheit von Ärzten,</p> <p>privates Umfeld: Egoist, will sich Krankheit so angenehm wie möglich machen, nicht dauernd jammern, junge Frau geheiratet, leichter zu zweit als allein, eigentlich nicht, wahren Freund haben sich heraus kristallisiert</p> <p>Leider ja, P will nicht näher darauf eingehen „normales Eheleben oder Partnerschaft“, alles, soweit es sein Zustand erlaubt, humorvoll, kann nichts daran ändern, will nicht raunzen, versucht es sich so angenehm wie möglich zu machen,</p>

	((2s)) Wissen sie wie s in den nächsten Monaten weitergeht?	kann man nicht genau sagen, schwer zu sagen, da Zustand sehr schwankt im AKH weil europaweit Klinik mit höchstem Standard
Beendigungsphase	((1,3s)) (EA) ((2,4s)) Gut! Ähm (räuspert sich) ich hab soweit ((2s)) eigentlich keine Fragen mehr ((1,6s)) Gibt s noch irgendwas was sie...	Metaebene über Gespräch an sich, Gesprächsziele, was die Anamnesegruppen machen usw. wird eröffnet, bevor Patient zu zweitem Gespräch in den Seminarraum wechselt.

6.4. Die Detailanalyse:

Wie eingangs erwähnt werde ich die Einteilung nach bestimmten Phasen auch bei der Detailanalyse anwenden. Die Beschwerdenexploration und das Prozessieren von Bedeutung und Erleben fasse ich in der Kernphase zusammen, werde es aber aus Gründen der Veranschaulichung in der Analyse separat anführen. Eine chronologische Reihenfolge kann dadurch nicht unbedingt eingehalten werden. So können die Prozessierung von Erleben und eine somatisch orientierte Krankheitsbeschreibung einander abwechseln. Außerdem werde ich jeweils nur die einleitende Frage der Beschwerdendarstellung gesprächsanalytisch näher betrachten und den Fokus auf die Prozessierung und Aushandlung von Bedeutung und Erleben richten, zumal sich in Kapitel 6.3. eine tabellarische Übersicht über den gesamten Gesprächsverlauf und -inhalt der drei Gespräche findet.

6.4.1 Die Eröffnungsphase:

Die Gespräche innerhalb der Anamnesegruppen stellen in mehrfacher Hinsicht einen Sonderfall dar. In den meisten Fällen wurden die Gespräche informell noch im Patientenzimmer begonnen, d.h. unter Ausschluss der restlichen Gruppe und konnten somit auch nicht aufgezeichnet werden. So zähle ich die gesprächseinleitende Frage, auch wenn diese bereits der Beschwerdendarstellung gilt, zu der Eröffnungsphase, v.a. auch weil die einleitende Frage den Gesprächsrahmen und den weiteren Verlauf maßgeblich bestimmt.

In Gespräch 30412 besprechen Pw1 und Sw1 noch vor Beginn der Aufnahme im Vorraum das Tragen der Masken, die von einem Tutor mitgebracht wurden. Aus dem Gespräch wird deutlich, dass eine spezielle Orientierungshilfe bezüglich Funktion und Zwecks der Maskierung vor dem

Gespräch nicht gegeben wurde (E.⁹ 239-241) und erst durch das Nachfragen von Pw1 erfolgt (E. 321). Bevor Sw1 die Beschwerdenexploration eröffnet, merkt sie noch an, dass Pw1 jederzeit die Möglichkeit hat, das Gespräch abubrechen.

[1]

	1	2
	00:00:07	00:00:13
Sw1 [v]		Also sie geben mir Bescheid, wenn ihnen
Pw1 [v]	(Soll ich mir eine Maske nehmen?)	
Pw1 [nv]	<i>sehr leise, noch im Vorraum</i>	

[2]

	3	4	5	6
Sw1 [v]	schlecht wird, oder	wenn sie müde sind,	wir können jederzeit abbrechen.	
Pw1 [v]		Ja´		Mhm`

In dieser kurzen Eröffnungsphase wird zumindest ein wichtiger Punkt den Gesprächsrahmen betreffend (nämlich die Möglichkeit das Gespräch selbstständig zu beenden) angesprochen, andere relevante Aspekte (Gesprächsinhalt, Gesprächsziele etc.) werden jedoch ausgespart. Diese fehlenden Informationen werden im weiteren Gesprächsverlauf auch thematisiert (E. 239; 334-339). Die Beschwerdendarstellung wird dann mit der Frage „*Ähm aus welchem Grund sind sie hier? Im AKH?*“ (E. 7) eingeleitet.

Auch bei dem zweiten Gespräch (7512) fehlen die Begrüßung und eine namentliche Vorstellung (vgl. Gesprächsökonomie Lalouschek 2005:63, s. auch Kap. 3.1., S. 38). Der Patient wurde gemeinsam von dem Gesprächsführenden und mir von seinem Zimmer abgeholt, d.h. es fand ähnlich wie bei dem ersten Übungsgespräch auf dem Weg zum Seminarraum bereits ein kurzes Gespräch statt. Sm2 und Pm2 mussten - bereits in der Gesprächssituation, also sich gegenüber sitzend - aufgrund technischer Schwierigkeiten ca. 2 Minuten warten, bis das Aufnahmegerät lief. Sm2 wirkte währenddessen angespannt, sein Blick war auf mich gerichtet, Pm2 wandte wiederum seine Aufmerksamkeit nicht von Sm2 ab. Auch Pm2 wirkte ungeduldig und etwas genervt, die ganze Situation lässt sich als unangenehm beschreiben. Sm2 verwendet einen Leitfaden, der sich an dem in der Gesprächsführung A verwendeten Manual zur psychosomatischen Gesprächsführung (Kursmanual Gesprächsführung A) orientiert.

Die Gesprächseröffnungsphase fällt hier im Vergleich zum ersten Gespräch etwas länger aus. Der Student spricht den Patienten namentlich an und erkundigt sich nach seinem aktuellen Befinden.

⁹ Ereignis: Bezeichnung einer (zeitlichen) Transkriptionseinheit nach Exmeralda

[1]

	0	1	2
	00:00:00	00:00:06	
Sm2 [v]		Ähm, wie gehts ihnen denn heut Hr. Pm2?	
Pm2 [v]			
[k]	<i>Man hört Diplomandin: So, jetzt geht's! Danke!</i>		

[2]

	3	4
Sm2 [v]	((1s) Ähm sie san seit letzter Wochen hier?	
Pm2 [v]	Momentan gehts ma ganz guat!	Seit
[k]	<i>Laute Hintergrundgeräusche</i>	

Diese relativ offene W-Frage¹⁰ und das Beim-Namen-nennen sollen dabei helfen, eine Beziehung zu Pm2 aufzubauen und den Gesprächsrahmen abzustecken. Andere wesentliche Punkte, wie sie von Lalouschek (2002a) im Hinblick auf eine Gesprächsökonomie angeführt werden (Begrüßung, Zweck und ungefähre Ablauf des Gesprächs etc.), werden wie im Gespräch 30412 nicht genannt. Auch wenn die erste Frage offen formuliert ist, beantwortet Pm2 diese sehr knapp aber angemessen. Der vorangestellte zeitliche Marker („*Momentan geht's ma ganz gut!*“ E. 2) deutet darauf hin, dass der zeitliche Rahmen eine wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang spielt. Aus dem Vorgespräch ist bekannt, dass Pm2 noch letzte Woche bettlägrig war, dass es ihm also tatsächlich schon viel schlechter ging. Diesen Aspekt greift Sm2 aber nicht auf. Die zweite Frage ist eine geschlossene Entscheidungsfrage bzw. „tag question“. Der Patient hat keine Möglichkeit, seine Äußerungen frei und spontan auszuführen. Pm2 konkretisiert in seiner Antwort lediglich den Zeitraum „letzte Woche“. Sm2 wiederholt Pm2s Antwort (man könnte meinen, er notiert es sich) und versucht zunächst noch durch eine weitere offene W-Frage zum Aufenthalt im AKH, die Eröffnungsphase auszudehnen.

[3]

	5	6
Sm2 [v]	Vorige Woche Donnerstag okay,	und äh wie is es so im
Pm2 [v]	voriger Woche Donnerstag,	

[4]

	7	8	9
Sm2 [v]	AKH allgemein,	der Aufenthalt?	
Pm2 [v]	((3,5s)) Ja sicher net schlecht,		aber die
Pm2 [nv]	<i>TE/TA</i>		

[5]

	10	11
Sm2 [v]	Okay'	Von der Ausstattung her so?
Sm2 [nv]	<i>EA</i>	
Pm2 [v]	Räumlichkeiten san irgendwie bedrückend.	

Auf die Frage nach dem Aufenthalt atmet Pm2 tief ein und aus und macht eine etwas längere Pause. Er wirkt unzufrieden, gleichzeitig durch die vorangestellte Antwort aber auch beschwichtigend („((3,5s)) *Sicher net schlecht, aber die Räumlichkeiten san irgendwie bedrückend*“ E. 8/9). In Folge

¹⁰ Eine Klassifizierung der Frageformen findet sich unter Kapitel 3.1., S. 39/40.

lässt sich aber beobachten, dass das Gespräch mehr und mehr einem Abfragen gleicht. Die Fragen sind z.T. stichwortartig und ausgehend von Morgan und Engels (1977) vorgeschlagenen Regelformulierungen für eine psychosoziale Anamnese sind sie ein Versuch des Studenten vor der eigentlichen Beschwerdenexploration durch das Erfragen von Befindlichkeiten, das Gesprächsklima aufzulockern. Bis E. 17 geht der Patient auf dieses Angebot nicht ein, die Frage nach dem Essen entlockt ihm allerdings ein Lächeln (Lachen). Auch Sm2 lacht an dieser Stelle. Aus dem Nachgespräch wird ersichtlich, dass der Student diese Frage bewusst gestellt hat, weil dieses Thema anscheinend bei allen bislang geführten Gesprächen behandelt wurde.

[8]

	21	22	23
Sm2 [v]		()	
Pm2 [v]	Das Essen is des letzte!		Des is des erste Mal des i beim
Pm2 [nv]	<i>lachend</i>		

[9]

	24	25	26
Sm2 [v]			((3s)) Weswegen sans denn
Sm2 [nv]		<i>lacht</i>	
Pm2 [v]	Nachtmahl • den Leberkäs gessen hab.		Des Essen...

In E. 25 setzt Pm2 zu einer Erzählung an, bricht diese aber eigenständig wieder ab. Sm2 wartet 3 Sekunden ehe er zur Beschwerdenexploration übergeht („Weswegen sans denn hier?“ E. 26)

Wie bei den beiden vorangegangenen Gesprächen findet auch im dritten Gespräch (21512) die eigentliche Eröffnungsphase vor der Aufnahme im Patientenzimmer statt.

[1]

	0	1	2
Pm3 [v]	00:00:00	00:00:03	00:00:09
Pm3 [nv]	<i>hustet</i>	<i>hustet noch immer</i>	<i>hustet</i>
[k]	<i>Patient hat gleich zu Beginn des Gesprächs starken Hustenanfall</i>		

[2]

	3	4	5
Sw3 [v]	((2s)) Gut äh Herr Pm3?		Genau! Ja richtig s äh fangen sie doch einfach
Pm3 [v]	amal!	Ja`	
Pm3 [nv]	<i>hustet</i>		

[3]

	6
Sw3 [v]	mal an zu erzählen warum sie äh wie sie ins AKH gekommen sind!
Pm3 [v]	Gut des bedingt

Nach einem starken Hustenanfall leitet die Medizinstudentin die Beschwerdenexploration mit einer direkten Erzählaufforderung ein. Auch sie spricht den Patienten namentlich an. Der Patient reagiert

auf diese explizite Erzählaufforderung dementsprechend und bekommt von der Studentin auch genügend Raum, also Zeit, sich bzw. seine aktuellen Beschwerden zunächst überblicksartig darzustellen. Bis E. 719 unterstützt Sw3 den Patienten mit Hörersignalen (Mhm´), seinen Turn fortzuführen.

6.4.2. Die Beschwerdenexploration:

In Gespräch 30412 wird die sogenannte Kernphase des Gesprächs, also der Hauptteil in Fläche E.07 mit der offenen W-Frage „Ähm aus welchem Grund sind sie hier? Im AKH?“ eingeleitet und endet in Ereignis 198 mit einem abrupten Themenwechsel („Wie geht es ihnen mit der Maske“).

[3]	7	8	9
Sw1 [v]	• Ähm aus welchem Grund sind sie hier?		Im Akh?
Pw1 [v]	Ähm ich bin jetzt/ ich hab jetzt		
[4]	10	11	
Pw1 [v]	den vierten Chemozyklus abgeschlossen,	ähm ich hab ein (Myozykom)	00:00:30
Pw1 [nv]	<i>Medizinischen Fachbegriff in der Form nicht</i>		((2s)) gefunden
[5]	12		
Pw1 [v]	auf der Rippe unter der Brust (gegen) die Lunge (hinein) ,		• • ja ähm und hab heute

Pw1 gibt eine auf W-bezogene Antwort und beschreibt ihre Erkrankung kurz. Sie nennt die Diagnose, also den medizinischen Fachbegriff, sowie den derzeitigen Therapieverlauf bzw. Therapiestand und beschreibt umgangssprachlich wo der Tumor sitzt (E. 11). Nach einer kurzen Pause (E. 12) wechselt sie sogleich auf eine emotionale Ebene der Informationsdarstellung, nämlich dass es bereits erste Behandlungserfolge gibt, weswegen sie „jetzt sehr aufgekratzt“ sei. Sw1 übergeht diesen affektiven Bedeutungsgehalt der Aussage und erkundigt sich nur, ob die gute Nachricht an die Familie weitergegeben wurde, um anschließend die somatisch orientierte Beschwerdenexploration weiterzuführen (E. 19/20).

[6]	13	14
Pw1 [v]	ganz tolle Nachrichten bekommen vom PET CT dass da schon gut angesprochen	
[7]	13	14
Pw1 [v]	hat, die Chemo, und fast kein Stoffwechsel mehr erkennbar ist, im Tumor.	Und bin
[8]	15	
Sw1 [v]	Haben sie die gute Nachricht gleich der Familie	
Pw1 [v]	natürlich jetzt sehr aufgekratzt, ja !	

[9]

	16	17	18	19
Sw1 [v]	weiter gegeben?			Äh wann ist
Pw1 [v]	Ja!	Natürlich!	Natürlich ja`	haben alle schon gewartet und •• ja`

[10]

	..	20	21
Sw1 [v]	die Krankheit	00:01:00 das erste Mal bei ihnen ausgebrochen?	
Pw1 [v]			Ähm ich habs bemerkt

Auffallend ist, dass Sw1 den von Pw1 verwendeten Begriff „ganz tolle Nachrichten“ durch „gute Nachrichten“ ersetzt, die Beschreibung also in ihrer Bedeutung zurück stuft. Es handelt sich hier um die erste Form einer Prozessierung bedeutungsrelevanter Inhalte. Die Studentin führt mit der folgenden Frage (E.19, offene W-Frage) auch wieder zurück zu einer chronologischen Form der Beschwerdendarstellung. Abermals beantwortet Pw1 die Frage entsprechend der Erwartung, wenngleich die chronologische Darstellung zum einen von hinten aufgerollt wird („Ähm ich habs bemerkt Anfang Jänner“ E. 21) bzw. auf keinen konkreten Zeitpunkt eingegrenzt werden kann (E. 21-42). In diesem längeren Turn gibt Pw1 viele Informationen. Sie nennt ein Datum, an dem die Erkrankung sozusagen sichtbar wurde (Anfang Jänner), gleichzeitig räumt sie ein, schon viel länger unter Schmerzen gelitten zu haben, diesen aber nicht genügend Beachtung geschenkt zu haben. Auch fügt sie Erklärungen an, warum sie erst relativ spät zu einem Arzt gegangen ist, um es genauer abklären zu lassen. In E. 26/27 spricht sie vom „Kindertragen“, worauf Sw1 erst später im Gespräch (E. 69) implizit Bezug nimmt und darauf hinweist, dass dieses Thema (Kinder) bereits im Vorfeld zur Sprache kam. Die Patientin hat bereits 4 Kinder im Alter zwischen 16 und eineinhalb Jahren. Pw1 beschreibt ihre Beschwerden auf psychischer und physischer Ebene (Erschöpfung immer stärker, Tumor bei Lunge, faustgroß, aufs Herz gedrückt, nicht mehr so belastbar, dachte es sei psychisch, Burnout, Depressionen), was von Sw1 in keinerlei Form während des gesamten Gesprächs aufgegriffen und thematisiert wird. Auch fügt Pw1 an, dass sie wohl ein Röntgen machen ließ, auf dem zum damaligen Zeitpunkt aber noch keine Auffälligkeiten zu erkennen waren. Pw1 gibt hier viele indirekte Hinweise darauf, wie sie mit ihrer Erkrankung umgeht bzw. umgegangen ist. Sw1 hinterfragt aber weder an dieser Stelle, warum Pw1 z.B. nicht früher zum Arzt gegangen sei, oder ob die von Pw1 beschriebene Überbelastung sich nicht schon seit längerem abzeichnet hat. Noch versucht Sw1 im weiteren Gesprächsverlauf die konkrete Familienkonstellation und die damit verbundenen Umstände zu erheben. Die Studentin erkundigt sich kein einziges Mal danach, ob Pw1 gemeinsam mit ihrem Mann die Kinder aufzieht oder ob sie lediglich auf die Unterstützung ihrer Eltern oder anderer Verwandter zurückgreifen kann. Pw1 beschreibt zwar immer wieder, wie viel Unterstützung sie derzeit erfährt, aber wie diese genau aussieht, wird nicht näher thematisiert.

[22]	..	37	38	39
Sw1 [v]			00:02:00	
Pw1 [v]	auch ein Röntgen,	aber da war noch nichts sichtbar,		und • ja´ Und dann bin
[23]	..	40	41	
Pw1 [v]	ich wie ich den Dippl so bemerkt hab,	bin ich dann gelaufen,		zum Röntgen und
[24]	..	42	43	
Sw1 [v]		Mhm^^	Das heißt sind sie seit Jänner in Behandlung?	
Pw1 [v]	dann ging alles sehr schnell.			
[25]	44	45	46	47
Sw1 [v]		(Okay)	Und wie lang dauert das noch?	Also
Sw1 [nv]		<i>sehr</i>		
Pw1 [v]	Seit Jänner bin ich in Behandlung, ja!	<i>leise</i>		

Sw1 führt in E. 42/43 die Patientendarstellung erneut auf die somatische Ebene zurück, weg von den psychosomatischen Erscheinungsbildern, die Pw1 in E. 34/35 implizit eingeführt hat. Sie stellt eine geschlossene Frage mit verständnissichernder Funktion (E. 43).

Die Patientin gibt dementsprechend eine klare, auf den Inhalt der Frage beschränkte Antwort.

Darauf folgt nochmals eine offene W-Frage (E. 46), die die Patientin wieder auf eine chronologische, somatische Darstellung einschränkt. Pw1 beantwortet zunächst die Frage punktgenau, d.h. sie nennt einen konkreten Termin (E. 48-51), fügt aber anschließend bestärkt durch Hörersignale (E. 49/51) die weiteren geplanten Behandlungsschritte an.

[27]	..	49	50	51	52
Sw1 [v]		Mhm`		Mhm^^	
Pw1 [v]	beendet,	ich werd morgen entlassen,		U:nd hab dann ähm die	
[28]	..	53			
Pw1 [v]	Stammzellen((1s))entnahme vor mir,	((2s)) und dann gehts weiter mit der/mit der			
Pw1 [nv]					
[29]	..	54	55	56	
Sw1 [v]		Mhm^^	Und an was freun sie sich jetzt		
Pw1 [v]	fünften und sechsten Chemo bis zur OP.		Ja`		
Pw1 [nv]	<i>wird zunehmend leiser</i>				
[30]	..	57	58	59	
Sw1 [v]	schon wenn sie heimkommen?				
Pw1 [v]		Ja auf meine Kinder natürlich! Ja! Einfach aufs			

Auf diese fortlaufenden, somit nicht abgeschlossenen Therapieverlauf geht Sw1 nicht ein. In E. 56 findet ein Wechsel auf die affektive Bedeutungsebene statt, wenn auch dieser Wechsel durch eine eher geschlossene Frage initiiert wird, die im Regelfall keine ausführlichen und spontanen Antworten unterstützt.

Im zweiten Gespräch (7512) stellt Sm2 nach einer kurzen Abhandlung über den Aufenthalt im AKH (E. 5-10) über die Zufriedenheit mit der Betreuung (E. 13-18) und über das Essen (E. 18-26) eine offene W-Frage, nach dem Grund seines Krankenhausaufenthalts.

[9]

	..	24	25	26
Sm2 [v]				((3s)) Weswegen sans denn
Sm2 [nv]			<i>lacht</i>	
Pm2 [v]	Nachtmahl • den Leberkäs gessen hab.		Des Essen...	

[10]

	..	27		28
Sm2 [v]		hier?		
Pm2 [v]		((2s)) I (hab n/bin) Krebs, Prostatakrebs mit Ausstrahlungen,		((2s)) und durch

[11]

	..		29	
Pm2 [v]	die Chemo is mei ganzes Bluat schlecht wordn.		Hab aber nebenbei a a	

[12]

	..		30	
Sm2 [v]			((1s)) Mhm` und jetzt aufgenommen ursprünglich sans	
Pm2 [v]	Lungenentzündung aa kriagt,			

Dieser Themenwechsel scheint – trotz Pause und zuvor etwas aufgelockerter Abhandlung über das Thema Essen – abrupt. Die Kernphase des Gesprächs endet in E. 251. Zuerst werden die aktuellen Beschwerden erfragt (Prostatakrebs mit Ausstrahlungen, Chemotherapie, Lungenentzündung, Immunschwäche), wobei Pm2 diese sehr knapp, fast schon im Telegrammstil anführt. Mit der anschließenden Frage nach dem ursprünglichen Aufnahmegrund hat Pm2 die Möglichkeit den Zusatz „*Hab aber nebenbei a a Lungenentzündung aa kriagt*“ zu konkretisieren. Es folgt von E. 47-94 eine Abhandlung über den bisherigen Krankheits- sowie Therapieverlauf. Sm2 verwendet fast immer geschlossene Entscheidungsfragen (tag questions), die entsprechend knapp beantwortet werden. Greift Sm2 auf offene W-Fragen zurück (E. 55: „*Wie san s denn ursprünglich drauf kommen?*“), formuliert Pm2 die Antworten ausführlicher.

[23]

	..	53	54	55
Sm2 [v]	()	des is...	Des is klar!	Wie san s denn ursprünglich drauf kommen?
Sm2 [nv]			<i>lachend</i>	
Pm2 [v]		des waß i net		
Pm2 [nv]				

[24]

	..	56		57	58	59
Sm2 [v]				Okay`	Und...	
Pm2 [v]		I hob net aufs Klo gehen können.		Und	da bin i dann nach Lainz ins	
Pm2 [nv]	EA					

[25]

	..		60		61
Pm2 [v]	Spital gangen,	((2s)) und da hab i n Katheder gsetzt kriagt,		((1s)) und d (Arzt) hat	

[26]

	..		62		63
Pm2 [v]	gsagt,	na guat in zwa Wochen gehts eh wieder,		und hat ma den Katheder wieder	

[27]

	64	65	66
Sm2 [v]	((0,5s)) Okay'		
Sm2 [nv]	EA		
Pm2 [v]	ausegeben und is nix ...	und dann is ma drauf kommen,	was mit

[28]

	67	68
Sm2 [v]	00:02:38	Mhm` ((1s)) Und seit dem kriagen s Chemotherapien?
Pm2 [v]	mir eigentlich los is.	Naja

Durch Hörersignale (E. 32, 38, 45, 57, 64 usw.) und z.T. auch Wiederholungen (wie z.B. in E. 86 : „Äh ahm Studie?“) versucht Sm2 den Patienten indirekt zu Erzählungen aufzufordern. In den Ereignissen 95-114 wird die bisherige Krankengeschichte des Patienten erfragt, wobei Sm2 hierfür auf seinen Spickzettel zurückgreift (E. 95). Er formuliert zunächst die unspezifische Frage „Und ah/(wo war i)•• da äh • Wie is des äh vo/vorher?“ (E. 95), die er auch sogleich reformuliert („Haben sie vorher schon Erkrankungen schwere im Lauf ihres Leben? Oder?“ E. 96-98)

[39]

	97	98	99
Sm2 [v]	vorher schon Erkrankungen schwere,	im Lauf ihres Lebens?	Oder?
Pm2 [v]		Ja,	schwere

[40]

	100
Pm2 [v]	Erkrankungen hab i scho ghabt, des is waß i/des zahlt sie mei ganzes Leben durch!

[41]

	101	102	103	104	105
Sm2 [v]		Aso'!		Okay'	Aber
Pm2 [v]	Kann ma sagen,		Ja` • aber i hab des nie so tragisch gnummen.		

Der Patient bringt erstmals in dem Gespräch einen erlebensrelevanten Marker (E. 100: „des is waß i/des zahlt si mei ganzes Leben durch!“), den er kurz darauf wiederholt (E. 111). Das und dass er in E. 103 davon spricht, „aber i hab des nie so tragisch gnummen“, deuten auf einen affektiven Bedeutungsgehalt hin, der aber von Sm2 nicht weiter thematisiert wird. Überhaupt belässt es der Student dabei, seine Aufmerksamkeit mittels Hörersignale anzudeuten und vertieft diese ersten erlebensrelevanten Äußerungen nicht weiter. Stattdessen führt er Pm2 nach einer kurzen Pause (E.114) zu der aktuellen Beschwerdendarstellung (zusätzliche Erkrankungen, Metastasen) zurück. Sm2 bleibt weiterhin auf der somatischen Ebene der Krankheit und verwendet entweder geschlossene Entscheidungsfragen oder halb offene W-Fragen.

[49]

	123	124	125
Sm2 [v]		Mhm`	Und erst seit seit kü/kürzerem oder scho
Pm2 [v]	und jetzt a (no) in der Lungen,		
[k]	Räuspfern aus der Gruppe		

[50]	..	126	127	128	129
Sm2 [v]		länger?		Ah ah,	
Pm2 [v]		Die Ausstrahlungen warn gleich dabei,	von hausaus.		durch des war ja
[51]	..	130	131	132	
Sm2 [v]			Okay`	((4s))	Äh nehmen s
Sm2 [nv]					<i>schaut auf seinen Zettel</i>
Pm2 [v]		irreperabel,	hat ma jo den Krebs net operieren können,		
[52]	..	133	134	135	
Sm2 [v]		jetzt/ aso i mein,	ich nehme an dass sie Medikamente nehmen,		äh sehr viel?
Sm2 [nv]					
Pm2 [v]				Ja`	

Erst in E. 128 gibt er Pm2 wieder durch Hörersignale zu verstehen, seine Schilderungen näher auszuführen, was dieser auch tut und sogleich einen versteckten Hinweis auf affektiver Ebene gibt („irreperabel“ E. 129). Diesen übergeht Sm2 gänzlich und kehrt erneut zu einem rein somatisch orientierten Themenkomplex zurück (Medikation). Auffallend hierbei ist, dass der Student erneut eine längere Pause (4 Sekunden) macht und auf seinen Leitfaden blickt (E. 131-134).

[51]	..	130	131	132	
Sm2 [v]			Okay`	((4s))	Äh nehmen s
Sm2 [nv]					<i>schaut auf seinen Zettel</i>
Pm2 [v]		irreperabel,	hat ma jo den Krebs net operieren können,		
[52]	..	133	134	135	
Sm2 [v]		jetzt/ aso i mein,	ich nehme an dass sie Medikamente nehmen,		äh sehr viel?
Sm2 [nv]					
Pm2 [v]				Ja`	
[53]	136	137	138	139	
Sm2 [v]		Okay` wi/wissen s ungefähr wogegen alles oder?	()		
Sm2 [nv]			<i>lacht</i>		
Pm2 [v]		SEHR viele!		San so viel	
[54]	..	140			
Sm2 [v]		Okay`	äh vom Krebs her oder von der Lungenentzündung?		
Pm2 [v]		Schmerztabletten,			
[55]	141	142	143		
Sm2 [v]			00:05:05		
Sm2 [nv]		(Okay`)	((2s))	Ähm we/wenn i	
Pm2 [v]		Naja die san vom Krebs her san die Schmerzen.	<i>leise</i>		

Ähnlich verhält es sich in E. 142. Sm2 pausiert und geht anschließend zu einem neuen Abschnitt in der psychosomatischen Gesprächsführung über. Es folgt der Teil der Sozial- und Familienanamnese. Sm2 verwendet ausschließlich W-Fragen oder geschlossene Entscheidungsfragen.

Dementsprechend kurz und faktenorientiert fallen Pm2's Antworten aus. In E. 172 stellt Sm2 nach kurzer Reformulierung die Frage nach familiärer Vorbelastung („Und äh .. gabs schon Krebserkrankungen in der Familie?“), die Pm2 verneint. Es folgt ein ständiger – von Sm2 gesteuerter - Wechsel zwischen biomedizinischer und psychosomatischer Beschreibung (E. 172-251), bevor die Beschwerdenexploration bzw. in diesem Fall das gesamte Gespräch abrupt in E. 251 beendet wird. Sm2 schließt mit einer abgeänderten Form einer Regelformulierung das Gespräch und bedankt sich bei Pm2 bevor er ihn aus dem Seminarraum begleitet (s. Kapitel 6.4.4., S. 95).

Das letzte Gespräch (21512) unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht (Setting, Länge, 2 Gespräche – Patient gibt direkt Feedback) von den anderen. Der offensichtlichste Unterschied mag die Länge des Gesprächs sein, die eine direkte Folge auf den sehr offenen Gesprächsbeginn sein kann. Es handelt sich hier um die einzige explizite Erzählaufforderung in den 3 aufgezeichneten Gesprächen.

[2]

	3	4	5
Sw3 [v]	((2s)) Gut äh Herr Pm3?		Genau! Ja richtig s äh fangen sie doch einfach
Pm3 [v]	ama!	Ja`	
Pm3 [nv]	hustet		

[3]

	6
Sw3 [v]	mal an zu erzählen warum sie äh wie sie ins AKH gekommen sind!
Pm3 [v]	Gut des bedingt

Nach der Eröffnung der Beschwerdenexploration in E. 5, stellt Sw3 erst in E. 37 eine Zwischenfrage und führt Pm3 auf eine chronologische Darstellung der Beschwerden zurück.

[22]

	37	38
Sw3 [v]	Äh seit wann is des bekannt dass sie das haben?	
Pm3 [v]		Naja i laborier an dem ganzen

[23]

	39	40
Sw3 [v]		Mhm`
Pm3 [v]	jetzt drei/zwa zwarahab Jahr fast,	I glaub jetzt im Juni sans zwa/zwarahab

[24]

	41	42	43
Sw3 [v]	Und seit dem sind sie in Behandlung?		
Pm3 [v]	Jahr.	Seit dem bin i in Behandlung jo!	

Mit der an sich geschlossenen Frage „Und ähm ham sie schon vorher Chemotherapien bekommen

oder is das die erste?“ in E. 43, leitet Sw3 den Abschnitt Therapieverlauf ein. Wieder unterstützt durch Hörersignale erzählt Pm3 ziemlich ausführlich, welche Behandlungen er bereits bekommen hat (3. Chemozyklus), von welchen Nebenwirkungen diese begleitet wurden und wie erfolgreich sie schlussendlich waren (E. 44-102).

Immer wieder wird zwischen somatisch orientierter und erlebensrelevanter Ebene gewechselt. Sw3 geht deutlich auf Pm3s Äußerungen ein, greift diese auf und versucht paraphrasierend einen chronologischen Überblick zu gewinnen.

6.4.3. Vertiefende Aushandlung und interaktive Bearbeitungsstrategien von Bedeutung und Erleben

Beim ersten Gespräch (30412) findet in E. 56 die erste direkte Überleitung auf die affektive Bedeutungsebene statt. Zuvor von Pw1 selbständig gebrachte Informationen auf erlebensrelevanter Ebene wurden von Sw1 nicht explizit thematisiert (vgl. Kapitel 6.4.2, S. 74/75).

[29]

	..	54	55	56
Sw1 [v]		Mhm`		Und an was freun sie sich jetzt
Pw1 [v]	fünften und sechsten Chemo bis zur OP.		Ja`	
Pw1 [nv]	wird zunehmend leiser			

[30]

	..	57	58	59
Sw1 [v]	schon wenn sie heimkommen?			
Pw1 [v]		Ja auf meine Kinder natürlich!	Ja!	Einfach aufs

[31]

	..	60	61	62	63
Sw1 [v]			Mhm`		
Sw1 [nv]			leise		
Pw1 [v]	zu Hause sein, auf die Umgebung,		ähm man is freier,	man kann sich einfach •	

Mittels offener W-Frage nimmt Sw1 Bezug auf die bereits erhaltene Information, dass Pw1 morgen entlassen wird und eröffnet den Themenkomplex *Sozialanamnese*. Pw1 nennt ihre Kinder an erster Stelle, aber auch die Umgebung, „*einfach zu hause zu sein*“, das Essen, die größere Freiheit (E. 57-66) sind für sie Gründe sich auf zu Hause zu freuen. Da dieser Teilabschnitt bereits im vorangegangenen Kapitel genauer analysiert wurde, ist er hier nur der Vollständigkeit halber nochmals angeführt.

[34]

	70	71
Sw1 [v]	Kommen die Kinder sie auch regelmäßig sie besuchen?	
Pw1 [v]		Nein` das is nicht erlaubt,

[35]

	72	73	74	75
		00:03:05		
Sw1 [v]	(okay)		(mhm)	
Pw1 [v]		also Kinder dürfen erst ab vierzehn Jahren,		auf die
Pw1 [nv]	<i>Klappern im Hintergrund</i>			

[36]

	76	77
Sw1 [v]		Mhm^^
Pw1 [v]	Station, wobei s manchmal/manche Ärzte Handhaben das etwas lockerer,	

Die Gesprächsführerin greift den Punkt *Kinder* auf und vertieft an dieser Stelle, indem sie sich erkundigt, ob die Patientin auch von diesen besucht würde. Zunächst verneint Pw1 – wie zu erwarten knapp – um nach einem schwer verständlichen Hörsignal von Sw1 zu ergänzen, warum die Kinder nicht zu Besuch kämen und dass ihr das ganz recht sei. Die Gründe dafür führt sie sogleich sehr ausführlich an (E. 78-92) und deutet auch auf mehrfache Weise auf ihr individuelles Erleben hin.

[37]

	78	79	80
Pw1 [v]	Aber •• ich hab für mich beschlossen,	mir is es lieber sie kommen nicht,	weil ((1s))

[38]

	81	82
Pw1 [v]	ich auch nicht so belastbar bin,	und ich einfach auch äh... ich reagier sehr stark
Pw1 [nv]	<i>EA</i>	

[39]

	83	84
Pw1 [v]	auch auf die eine Chemo,	und ich bin einfach wie unter Drogen! Und das möchte ich

[40]

	85
Pw1 [v]	meinen Kindern nicht zumuten, dass sie/dass würde für mich auch eine große

[41]

	86	87	88
Sw1 [v]		Mhm^^	
Pw1 [v]	Kraftanstrengung bedeuten dann,	NORMAL zu sein,	also mich zu konzentrieren,

[42]

	89	90	91
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	und das wär zu viel,	(oder) da bin ich aufgeschwemmt vom Wasser ((1s)) und das is	

[43]

	92	93	94
Sw1 [v]		Mhm^^	Und wissen die Kinder grundsätzlich
Pw1 [v]	einfach zu viel für die Kinder!	Ja`	
Pw1 [nv]	<i>leiser</i>		

Auffallend hierbei ist die zweifache Betonung, dass Pw1 es ihren Kindern nicht zumuten möchte und der Meinung ist, es wäre ihnen zu viel. Sw1 greift diese Anspielung indirekt auf und hinterfragt die Einbeziehung der Kinder in die Krankheit (E. 94/95). Auf die geschlossene Frage antwortet Pw1 mit einem bestimmten „Ja!“ (E. 96), was Sw1 veranlasst den Themenbereich noch weiter zu vertiefen. Sw1 wird von der Patientin allerdings in ihrer Formulierung unterbrochen (E. 99).

Dennoch folgt ein längerer Turn von Pw1, durch Hörsignale von Sw1 bestärkt. Sie erklärt hauptsächlich wie der jüngste Sohn (1 ½ Jahre) mit der Erkrankung umgeht, wobei immer wieder der Fokus auf erlebensrelevante Aspekte gerichtet ist.

[45]

	100	101	102
Sw1 [v]	Okay`		
Pw1 [v]	Kleinste macht das sehr toll,	er kommt immer dann,	wenn ich nachhause

[46]

	103	104
Pw1 [v]	komm, schaut er nach ob das Pflaster da ist vom (Vor)`	und Mama Aua und weiß

[47]

	105	106	107	108
Pw1 [v]	Bescheid, aber ich hab das Gefühl,	es beängstigt ihn nicht`	Also er weiß,	er muss

[48]

	109	110	111
	00:04:14		
Pw1 [v]	aufpassen da auf der Seite,	(wegen dem) Tumor,	weils mir da weh tut. Aber i/wir

[49]

	112	113
Sw1 [v]	Mhm^^	
Pw1 [v]	ham die Kinder denk ich ganz gut vorbereitet,	und • das auch alles

[50]

	114	115
Pw1 [v]	eigentlich sehr humorvoll,	läuft das bei uns ab. Also/es is jetzt nicht die Krankheit

[51]

	116	117	118
Sw1 [v]	Mhm^^		
Pw1 [v]	als die große Bedrohung,	ich seh das auch nicht so,	für mich is das einfach

Die Patientin selbst zieht ein Resümee, dass der eben beschriebene offene Umgang mit der Krankheit und vor allem das Gefühl nicht akut in ihrem Leben bedroht zu sein, natürlich einen „großen Unterschied mental“ (E. 123) macht. Die Studentin fasst die optimistische Herangehensweise als *Lebensmotto* zusammen, versucht Pw1 mittels geschlossener Frage darauf zu lenken („Mhm` ham sie sich so quasi ein Lebensmotto zugelegt?“ E. 124) und geht dadurch indirekt auf die von Pw1 beschriebenen Bewältigungsstrategien ein. Pw1 führt an, dass sie den „neuen“ Umständen (E. 126-133) durchaus Positives abgewinnen kann und sich seit der Diagnose gut erholen konnte, weil ihr viel abgenommen wurde, sie nun „Zeit für sich“ hat und sich „gut beschäftigen und vorbereiten“ könne (E. 138-145). Sw1 hinterfragt nicht näher, wie der Alltag vor der Erkrankung ausgesehen hat, sondern geht auf Pw1s abschließende Bemerkung („äh ja kann mich gut mental auch beschäftigen und und und vorbereiten“ E. 140-145) ein und erkundigt sich nach Zielen und Zukunftsplänen („Ham sie schon irgendwelche Ziele oder ham sie sich was überlegt, was sie danach machen wollen?“ E. 146-148). Pw1 spricht in diesem Zusammenhang einen Jobwechsel bzw. eine mögliche Umschulung an. Es folgt ein kurzer Einschub (side sequence) zum Thema Beruf, was inhaltlich zur Sozialanamnese zu zählen ist. Sw1 leitet aber gleich darauf

wieder durch eine paraphrasierende Frage (Entscheidungsfrage E. 162: „Also das heißt sie werden neu Wege einschlagen?“) auf den zuvor genannten Jobwechsel zurück. Die Patientin spricht von Mut, den sie zuvor nicht hatte, wieder betont sie die Unterstützung der Familie, die ihr den erforderlichen Mut gegeben hat und führt das Gespräch somit erneut auf die affektive Bedeutungsebene (große Entlastung). In E. 182 versucht Sw1 die oft zitierte Unterstützung dieses Mal thematisch zu vertiefen, was aber analog zu der unspezifischen Frageformulierung lapidar beantwortet wird. (E.182-187: „Das heißt sie haben Unterstützung auch also im weiteren Kreis, oder?“ „Ja! Es sind ALLE da!“). Ohne den weiteren Kreis näher zu definieren, beschreibt die Patientin wie die Unterstützung ausfällt.

[77]

	..	192	193
Pw1 [v]	einfach nicht gut geht,	weil man das nie so sagen kann,	das wechselt oft sehr

[78]

	..	194
Pw1 [v]	schnell,	und dann wär ich einfach mit den/mit der Betreuung der kleinen Kinder

[79]

	..	195	196
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	sehr überfordert!	Das heißt es is immer jemand da und ich kann übernehmen	

[80]

	..	197	198	199
Sw1 [v]		00:07:00	Wie gehts Ihnen mit der Maske?	Jetzt?
Pw1 [v]	was ich möchte!	((2s)) (die meiste Zeit)		

In ihrer Beschreibung geht sie von der bedeutungs- und erlebensrelevanten Gefühlsebene weg und begründet die Notwendigkeit der Unterstützung mit der körperlichen Anstrengung.

Sw1 thematisiert an dieser Stelle weder die angesprochene Überforderung, noch die angedeutete körperliche Anstrengung oder generell die Einschränkungen die die Patientin aufgrund ihrer Erkrankung hat. Statt dessen beendet sie abrupt den Themenkomplex der Beschwerdenexploration und eröffnet ein neues Feld, das augenscheinlich nichts mit der Erkrankung bzw. dem Aufenthalt im AKH zu tun hat. Die Frage (E. 198) ist durchaus offen gehalten und zielt auf das Erleben der Patientin ab, gehört aber eindeutig nicht mehr zu einer medizinischen Anamnese.

Das zweite Gespräch (7512) ist gekennzeichnet durch sehr allgemeine und faktenorientierte Beschreibungen. Erst relativ spät lenkt Sm2 den Fokus nach einem eindeutigen Gliederungssignal („Okay“ E. 176) sehr direkt auf die affektive Bedeutungsebene.

[66]

	174	175	176	177
Sm2 [v]			00:06:22	
Pm2 [v]	was direkte Familie betrifft waß i eigentlich so nix.	(Vom Krebs)	Okay'	((2s))
Pm2 [nv]		<i>sehr leise</i>		

[67]

Sm2 [v]	U:nd äh wie äh wie w war des wie gingen ihr Gattin und die Kinder und so weiter
----------------	---

[68]

	178	179
Sm2 [v]	um mit wie die Diagnose damals kam?	Dass sie Krebs haben...
Pm2 [v]	Ma frogt (besser),	Aso wir ham ja

[69]

	180	181
Sm2 [v]	Aso vorher schon	
Pm2 [v]	die Vermutung scho ghabt,	die Vermutung ghabt, naja ma sieht
Pm2 [nv]		

[70]

	182	183
Sm2 [v]	Okay'okay'	Und dann war s sozusagen nur noch die die
Pm2 [v]	des ja am Vorgang,	
Pm2 [nv]		

[71]

	184	185
Sm2 [v]	Feststellung	
Pm2 [v]	() des is a Feststellung,	aber sie ham gwusst dass i nie

Pm2 geht auf die explizite Anspielung auf sein persönliches Empfinden und den Umgang mit der Erkrankung auch nach neuerlichem Nachhaken (E. 187) nicht ein, Sm2 gelingt es also nicht, an dieser Stelle erfolgreich zu vertiefen. Das mag unter anderem daran liegen, dass Sm2 wie z.B. in E. 183 (und erneut in E. 190) suggestiv die Antwortmöglichkeiten vorgibt. Der Patient spricht von der Vermutung, die schon von Anfang an bestand, die Diagnose wird als Feststellung abgetan, wohl auch weil Sm2 diesen Begriff sozusagen „eingeführt“ hat. Erst als Sm2 in E. 190 das Wort „geschockt“ verwendet, übernimmt dies auch Pm2, auch wenn er das absolute Wissen darüber dem Schock entgegenstellt.

[73]

	187	188
Sm2 [v]	U/und wie is ihnen selber dabei gangen?	Als sie hört ham dass des
Pm2 [v]	mir net geben,	

[74]

	189	190
Sm2 [v]	Krebs ist?	Okay' • und net irgendwie
Pm2 [v]	Na mei Vermutung hat sich bestätigt,	

[75]

	191
Sm2 [v]	geschockt oder so wei...
Pm2 [v]	Sicher ma ma • • leichten Schock hat ma trotz allem

[76]

	..	192	
Sm2 [v]		00:07:23	
Pm2 [v]	obwohl ma s sicher waß ma hat ihn trotzdem!	Okay` ((3s)) U:nd äh ihr seit/seit	

Nach einer neuerlichen Pause von 3 Sekunden und einem vorangestellten Gliederungssignal („okay“ E. 192) leitet Sm2 wieder auf die somatisch-technische Ebene zurück und erkundigt sich, ob Pm2 seit der Diagnose immer wieder auf der Tagesklinik behandelt wurde. Der Student wechselt im weiteren Gespräch noch drei weitere Male zwischen affektiver Bedeutungs- und biomedizinischer Ebene (E. 195-222).

[78]

	..	194	195	196
Sm2 [v]	auf der Tagesklinik gwesen?		Mhm``	Und äh
Pm2 [v]		Jo! da mach i die Chemo immer,		
[k]	<i>noch aus dem Vorgespräch mit dem Patienten.</i>			

[79]

	..	197	198
Sm2 [v]	ansonsten beeinträchtigt sie der Krebs im Leben?		
Pm2 [v]		Ja sicher,	sie san ja nimma mehr

[80]

	..	199	200
Sm2 [v]			Und müssen s a
Pm2 [v]	so fit was des is/die Müdigkeit is jetzt da,	die Kraft verlernt ma,	

[81]

	..	201	202	203
Sm2 [v]	zuhause sehr viele Medikamente nehmen?		Genau so?	((1s))
Pm2 [v]		Jo genau so wia da!		

Mit einer der wenigen offenen Fragen (E. 195/196) spielt er auf Beeinträchtigungen durch die Krankheit an, um dann, ohne auf die von Pm2 gegebene Antwort (E.198-199) einzugehen, er ignoriert sie also demonstrativ, die Medikation anzusprechen.

[83]

	..	205	206	207
Sm2 [v]			00:08:00	
Pm2 [v]	der Einlieferung,	hab i a mit m Kreislauf a zum tuan ghabt irgendwie,	Okay`	

[84]

	..		208
Sm2 [v]	((2,5s)) Ähm ((1s)) und äh wie is des mit Bekannten und Freunden?		Äh hat sie da

[85]

	..		209
Sm2 [v]	was verändert durch die Krebserkrankung oder is des ...?		
Pm2 [v]			Ich nehme an SCHON!

[86]

	210	211	212	213 214	215
Sm2 [v]	Inwiefern?		Ausweichen?	Und kann (___)	
Pm2 [v]		Man weicht irgendwie aus.		Ja`	Man

Durch ein neuerliches Gliederungssignal (E. 206) macht Sm2 den Umgang mit der Krankheit

innerhalb des Freundes- und Bekanntenkreises zum Thema. Er stellt zunächst eine offene Frage, die er aber gleich durch eine nachgestellte geschlossene Frage wieder einschränkt. Pm2 gibt in Folge eine sehr knappe und inhaltlich nicht vielsagende Antwort. Sm2 versucht an dieser Stelle zu vertiefen, was ihm abermals nicht gelingt. Nach zweimaligen Nachfragen (E. 210, E. 212), erhält er wohl eine Antwort, diese ist aber sehr allgemein gehalten. Er probiert noch einmal mehr Informationen zu den Freunden, die ihm ausweichen, zu erhalten, scheitert aber erneut und gibt das Thema in E. 223 dann auch auf. Auffallend hierbei ist, dass Pm2 immer wieder auf ähnliche grammatikalisch-syntaktische (man-) Konstruktionen zurückgreift (E.191, E.199, E.211, E.216, E.219, e.231). Sm2 kehrt ein letztes Mal auf die biomedizinische Ebene zurück und möchte wissen, ob der Patient auch auf der Isolationsstation behandelt wurde. Dieser verneint und Sm2 schneidet nach einer kurzen Pause einen hoch emotionalen Punkt an.

[91]

	..	224	225	226
Sm2 [v]		müssen?	(_____)	((2s)) Ähm naja wie sieht des jetzt aus bei
Pm2 [v]		NA (war i net)		

[92]

	..	227	228
Sm2 [v]		ihnen? Is/Sind die Metastasen oder der Tumor schon kleiner geworden oder?	
Pm2 [v]			NA!

[93]

	229	230	231
		00:09:00	
Sm2 [v]	(_____)		
Pm2 [v]	Gibt s ka	(_____) gibt s nix ka ...	Ma hat versucht das immer am Stillstand zu

Er fragt Pm2 nach einer Prognose für den Krebs. Zuerst bleibt der Fokus auf somatischen Symptomen (Tumor noch nicht kleiner geworden).

[100]

	..	243
Sm2 [v]		((2s)) Was äh glauben sie wie wird s weitergehen mit ihrem Krebs?
Pm2 [v]		weitergeht`

[101]

	244	245
Pm2 [v]	((3s)) Pff ((3s)) was soi i glaubn,	irgendwann wird amal die Bettlägrigkeit da sein,
Pm2 [nv]	AA	

[102]

	246	247	248	249
Sm2 [v]		Okay`	Is imma schlimma wordn mit der Zeit?	
Pm2 [v]	((1s)) is mei Vermutung!			Es wird

In E. 243 greift Sm2 dann eine zuvor von Pm2 verwendete Formulierung auf („weitergehen“), um auf den weiteren Krankheitsverlauf nochmalig anzuspielden, wobei diese Frage über die biomedizinische Entwicklung hinaus geht. Der Patient spricht von Bettlägrigkeit, Müdigkeit und auf Nachfragen von Sm2 auch davon, dass es immer schlimmer wird. Ohne das in irgendeiner

Weise zu hinterfragen oder näher darauf einzugehen, leitet Sm2 ein abruptes Ende ein. An dieser Stelle des Gesprächs wird die Funktion von Pausen deutlich. Sowohl Sm2 als auch Pm2 fällt es offensichtlich nicht leicht, diesen Aspekt der Krankheit (Prognose, Heilungschancen) anzusprechen. Während Sm2 Pausen meist als gesprächsstrukturierendes Element (um von einem Thema zum nächsten überzuleiten) einsetzt, handelt es sich bei den von Pm2 gemachten Pausen wohl eher um sogenannte Hesitationsphänomene, die auf Unsicherheiten bzw. Formulierungsschwierigkeiten hindeuten.

Die Beschwerdendarstellung des letzten Gesprächs (21512) wechselt - wie bei den anderen Gesprächen - immer wieder zwischen biomedizinischen Aspekten und emotionsrelevanten Darstellungen ab. Pm3 erzählt z.B. von schlechten Blutwerten, die die Ärzte verzweifeln lassen und verbalisiert zum ersten Mal einen affektiven Gehalt in E. 73-76:

[42]

	..	72	73	74
Sw3 [v]		Mhm^^		
Pm3 [v]	nix ansprech?	Aso die Frage wor, wollen s des ganz genau wissen oder		

[43]

	..	75
		00:05:00
Pm3 [v]	wollen s uns wollens uns ärgern?	De san selber irgendwie äh • • na fassungslos

[44]

	..	76
Pm3 [v]	kann ma net sagen aber,	äh: im im Zweifeln warum warum s net funktioniert net.

Die Studentin ermuntert Pm3 weiter durch Hörersignale fortzufahren, greift aber bedeutungsrelevante Darstellungen nicht weiter auf. Sie stellt wenige Zwischenfragen, dabei geht sie immer auf die von Pm3 zuvor gebrachte Informationen ein (z.B. E. 79 Bluttransfusionen, E. 82 Blutbild) und fragt erst in E. 102 nach der Medikation, die Pm3 allerdings selbst bereits in E.78 erstmals erwähnt hat. Auch die anschließende Frage „*Mhm^^ fühlen sie sich im AKH gut aufgehoben?*“ (E. 112/113), schließt an Pm3s letzte Bemerkung an und kann dementsprechend als vertiefendes Moment angesehen werden (E. 109-111: „*und i muass mir drauf verlassen, ah was der Arzt verschreibt aso als Voraussetzung wenn er auf der Station arbeit, dass er eigentlich waß was er tuat.*“). Es folgt ein längerer Abschnitt zur Betreuungssituation im AKH, wobei Sw3 ihre Fragen meist als offene W-Fragen formuliert. Auf mehrmaliges Nachfragen des Patienten fügt sie (suggestiv anmutend) in E. 120 eine konkrete Eigenschaft hinzu, die sie aber in einem weiteren Nachtrag erklärt.

[67]

	115	116	117	118
Sw3 [v]	Wie sind die Ärzte hier so?		Wie sind die Ärzte hier so?	
Pm3 [v]	()	Bitte?	I versteh sie	

[68]

	119	120	121
Sw3 [v]	Wie äh/Wie die Ärzte sind hier so sind?		Sind die nett? Ich war selber noch
Pm3 [v]	net!		

[69]

	122	123	124	125	126	127
Sw3 [v]	nie ...		hier in ()	()		
Pm3 [v]	Na	absolut!		Na da gibts aso wie	wa/was ma so hört,	speziell in

Nach 9 Minuten (E. 149) eröffnet Sw3 mit der einleitenden Frage „*Gut ahm zwischen den den Zyklen der Chemotherapie warn sie immer da zuhause...?*“ einen kurzen Exkurs der Sozialanamnese, der inhaltlich natürlich zur Beschwerdenexploration zu rechnen ist. Pm3 schildert wie er sich fühlt, wenn die Blutwerte wieder schlechter werden, was Sw3 zunächst auf die Chemotherapie zurückführt, aber durch paraphrasierendes Nachfragen klärt (E. 164: „*Aso sie fühlen sich schlapp und antriebslos wenn sie die Chemotherapie bekommen haben oder...?*“). Pm3 fügt eine einfache medizinische Erklärung an, was bei seinen Blutwerten nicht passt und dass er das eben an seinem Allgemeinzustand bemerkt. In einer Nebensequenz (E. 174/175) möchte Sw3 wissen, ob er in solchen Fällen wieder ins Krankenhaus geht. Durch erneute Hörsignale motiviert beschreibt Pm3 sehr bildhaft, was ihm in solch einer Situation meistens hilft (E. 178-221). Wobei er auch hier wieder eine allgemein verständliche, also nicht von medizinischen Fachtermini geprägte, Erklärung liefert, warum seine Blutwerte nicht in den Griff zu bekommen sind. Pm3 beendet diesen Gesprächsabschnitt selbst, indem er quasi den letzten Hoffnungsschimmer nennt und gleichzeitig auch anmerkt, irgendwann geht es vielleicht nicht mehr und somit ein ernüchterndes Resümee zieht.

[112]

	212	213	214	215	216
	00:12:00				
Sw3 [v]	Mhm`		N ja`		
Sw3 [nv]	leise				
Pm3 [v]	Level	bracht wird.		Bis jetzt halt net.	Aber i bin zuversichtlich/ma hat ma

[113]

	217
Pm3 [v]	eigentlich gsagt, bei ((1s)) ah: Behandlungsbeginn dass des unter Umständen sehr

[114]

	218	219	220
Sw3 [v]	Mhm`		
Pm3 [v]	langwierig	sein	kann net. Aso drum hab i gsagt i kämpf mi durch bis ((2s)) i

[115]

	221
Sw3 [v]	Ja` ((2s)) Ähm sie ham vorher
Pm3 [v]	vielleicht selber bemerk geht oder geht nimma na`

[116]

Sw3 [v] gesagt dass sie ähm dass die Ärzte im Krankenhaus das ihnen das hilft mit der

[117]

	222	223	224
Sw3 [v]	Krankheit umzugehen,	dass die Distanz nicht mehr da is?	
Pm3 [v]		Na sicher schon,	wei wei

Sw3 leitet Pm3 in Folge wieder auf eine affektive Ebene, sie spricht den Umgang mit der Krankheit an und was ihm dabei helfe. Pm3 legt den Fokus auf das bessere und offenere Verhältnis zu den Ärzten (E. 223-262) und betont, wie wichtig diese Offenheit und der Respekt „psychologisch gesehen“ (E. 244) sei. Sw3 lässt Pm3 seine Darstellung ohne Unterbrechungen zu Ende führen (E. 291) und vertieft in E. 292 durch eine offene W-Frage noch weiter.

[147]

	291	292
Sw3 [v]		Was ähm was
Pm3 [v]	wenn irgendwas negatives is hätt i s genau so gsagt, nen' (hustet)	
Pm3 [nv]	(2s)	

[148]

Sw3 [v] gibt es sonst noch für ähm Dinge die ihnen helfen mit dieser Krankheit umzugehen?

[149]

	293	294	295
Sw3 [v]	sie ham sie ja zweieinhalb Jahre is ja schon ...	()	
Pm3 [v]		Naja des des	jetzt ham eigentlich

[150]

	296
Pm3 [v]	hauptsächlich übers übers Spital gsprochen, aso i versuch natürlich aa in meinem

[151]

	297
Pm3 [v]	privaten Umfeld a ((1s)) mir ((1s)) da bin i halt a Egoist, mir die Krankheit so

Pm3 bringt selbstständig sein privates Umfeld zur Sprache. Er erzählt vom Freundeskreis, der „mitspielt“, die Krankheit nicht ständig zum Thema zu machen und erwähnt seine junge Frau, die ihm hilft alles zu verarbeiten (E. 294-378). Ohne weitere Aufforderung erzählt Pm3 sehr ausführlich welche Strategien er noch entwickelt hat, um mit der Erkrankung umzugehen. Sw3 unterstützt ihn in seiner Erzählung wieder durch häufige Hörersignale, geht aber auch nicht auf alle bedeutungsrelevanten Aspekte ein (z.B. seine junge Frau, die ihm besser hilft als Tabletten etc.). Erst in E. 378 stellt Sw3 nach einer kurzen Pause die Frage nach dem Freundeskreis, setzt somit die Sozialanamnese fort und eröffnet unbewusst ein hoch emotionales Thema.

[190]

Sw3 [v]	((1,5s)) Ähm habn sie irgendwelche Freunde verloren oder hat sich irgendetwas
Sw3 [nv]	

[191]	..	379				
Sw3 [v]	verändert in ihrem Freundeskreis seit die Krankheit kam?					
Sw3 [nv]	<i>leiser werdend</i>					
Pm3 [v]	Eigentlich net aso i					
...						
[198]	..	392	393	394		
Sw3 [v]				Mhm`´		
Pm3 [v]	Moment so, des i mi/((3s)) versuch aso so is wie s is beizubehalten.			Wei ••		
Pm3 [nv]						
[199]	..	395				
Pm3 [v]	Freund gibt s net vül. Aso die wann s da dreckig geht (schluchzt) •• da is a je/jeder					
Pm3 [nv]	<i>weinerlich</i>					
[200]	..	396	397	398		
Sw3 [v]				Äh ham sie		
Sw3 [nv]				<i>in betont heller Stimme</i>		
Pm3 [v]	da. ((4s)) Schee ((2s)) dass es so is. ((4s)) Was wollt s no wissen?					
[201]	..	399	400	401	402	403
Sw3 [v]	Kinder?		Mhm`´	Wollen sie dazu noch irgendetwas sagen?		
Sw3 [nv]			<i>etwas zögerlich</i>			
Pm3 [v]	Äh jo. Leider.		Eher net			

Nachdem Pm3 erstmals seine Gefühle auch vokal - nonverbal zum Ausdruck bringt (sein Schluchzen wirkt, ob der guten Freunde, die immer für ihn da sind, gerührt) und durch mehrere längere Pausen (E. 395-397) Unsicherheiten bzw. auch emotionale Betroffenheit signalisiert, wirkt es als wolle Pm3 durch die nachgestellte Frage ein neues Thema anschneiden und von seinen Emotionen ablenken, die Sw3 auch nicht weiter interaktiv bearbeitet. In einer Entscheidungsfrage spricht Sw3 die weitere familiäre Situation an, auf die sie eine überraschende Antwort erhält (E. 399-401). Nach kurzem Zögern, geht sie aber knapp und ohne Wertung auf die offensichtliche Distanz zu Pm3s Kindern ein und überlässt ihm die Entscheidung, wie viel er darüber sagen möchte. Die nächste Frage nach täglichen Aktivitäten (E. 404/405) scheint etwas unsicher formuliert (Hesitationsphänomen: ähm, ((1s)), Reformulierung der Frage), dennoch gelingt es dem Patienten den Bogen zu seiner Krankheit zu spannen wie in E. 412-414 : „[...] äh waschen irgendwo hi gehen einkaufen oder was, sow/solang oder soweit es mein mein Zustand erlaubt, ((3s)) an ganz normalen Lebenswandel net.“

Sw3 knüpft inhaltlich an und vertieft die affektive Bedeutungsebene druch die offene W-Frage in E. 415.

[208]	..	415		
Sw3 [v]	((2s)) Und ähm (räuspert sich) was äh was haben sie			
Pm3 [v]	normalen Lebenswandel net.			

[209]	..	416	417
Sw3 [v]	für eine Einstellung zu ihrer Erkrankung?	Wie sehn sie das?	
Pm3 [v]			(EA AA) Äh • • des is
[210]	..	418	419
Sw3 [v]		Ne absolut schwierige Frage,	so wenn sie die nicht beantw
Pm3 [v]	a guate Frage ja.		na

In der folgenden Nebensequenz zeigt sich, wie aktiv die Studentin dem Patienten zuhört und auf Pm3s Äußerungen unmittelbar Bezug nimmt (E.415-418). Auch die folgende Frage nach der Prognose schließt direkt an Pm3s vorangegangene Äußerung an. Sw3 greift die implizierte Anspielung Pm3s auf den Tod (E. 426-430) auf, begrenzt den Zeitraum allerdings auf die nächsten Monate (E. 435). Wieder spricht Pm3 in diesem Zusammenhang das Verzweifeln des Arztes ob der resistenten Verschlechterung der Blutwerte an, wobei er auf humorvolle Art versucht, von der eigentlichen Tragik, die dahinter steckt, nämlich die Unmöglichkeit die Chemotherapie fortzusetzen, solange die Blutwerte so schlecht sind, abzulenken (E. 456). Bevor Sw3 in E. 492 einen positiven Abschluss des Gesprächs initiiert, begründet Pm3 warum er sich im AKH Wien behandeln lässt. Auch hier unterbricht ihn Sw3 kein einziges Mal und wartet bis er seine Schilderung abgeschlossen hat.

[246]	..	492	
Sw3 [v]		((1,6s)) Und ähm: morgen können sie dann vermutlich wieder nach Hause	
Pm3 [v]	kummt.		
[247]	..	493	494
Sw3 [v]	(wenn)...		
Pm3 [v]	I waaß es net!	((1s)) I waaß i net des liagt net an mir,	des is äh: aso
[248]	..	496	
Pm3 [v]	manche Tage gibt aso äh das absolut nix funktioniert,	00:27:06	aso dass aso ah Blutbild
[249]	..	497	498
Sw3 [v]		Mhm`	
Pm3 [v]	gmacht wird,	in der Früh und am Abend is es noch nicht fertig.	Und auf der

Pm3 setzt erneut zu einer längeren Erzählung an, die die komplexe Institution AKH und die damit verbundenen Verzögerungen (Blutbild) zum Inhalt hat. Das Zögern von Sw3 in E. 519 veranlasst Pm3 zu der Mutmaßung, die falschen Antworten zu geben. Sw3 hat dadurch die Möglichkeit, eine Verständnisfrage zu stellen (E. 522-529) und das Gespräch noch einmal auf die aktuelle Beschwerdenexploration zurückzuführen. Weitere wichtige medizinische Details werden dadurch bekannt (Lokalisierung des Tumors, Schwierigkeit einer OP, medizinischer Fachbegriff – Diagnose,

Non-Hodgskin).

6.4.4. Die Beendigungsphase:

In psychosozialen Gesprächen sollen die Patientinnen die Möglichkeit haben, noch wichtige Themen oder Aspekte, die bislang nicht zur Sprache kamen, am Ende des Gesprächs einzubringen bzw. auch noch offene Fragen bezüglich der weiteren Behandlungsschritte zu stellen. Lalosuchek hat bereits gezeigt, dass diese von Morgan und Engel (1977) vorgeschlagene abschließende Erzählaufforderung in unterschiedlicher Weise realisiert wird (vgl. Lalosuchek 2002:169ff). Auch bei den von mir untersuchten Gesprächen greifen alle drei Gesprächsführenden auf diese Regelformulierung in leicht abgeänderter Form zurück: „*Gibt es noch irgend etwas anderes, worüber sie sprechen möchten?*“ (Morgan/Engel 1977:58). Und auch hier führt keiner der drei Gesprächsführenden eine Erklärung an, wie denn diese Frage in dem genauen Zusammenhang der Anamnesegruppen zu verstehen ist. So lässt sich nur Pm3 von der in dem Kontext schwierigen Frage nicht weiter irritieren und führt das Gespräch langsam zu einem Ende.

Im ersten Gespräch (30412) wird bereits in E. 236 das Ende des Gesprächs erstmals mit der Frage „*((1s)) Ähm ham sie noch irgendwelche Fragen? Wollen sie vielleicht noch was mit den Masken ausprobieren?*“ von Sw1 eingeleitet. Die verwendete Regelformulierung wird hier komplett zweckentfremdet, auch wenn Sw1 in einer weiteren Frage die Rolle der Masken thematisiert. Pw1 verneint und fügt außerdem an, dass die Masken für sie selbst nicht wichtig wären, womit sie indirekt Kritik übt bzw. der Studentin zu verstehen gibt, dass ihr der Sinn des Experiments nicht wirklich klar ist. In der weiteren Aushandlung wird deutlich, dass die Masken tatsächlich nur für die Studentinnen von Bedeutung sind und so wird nachträglich das Tragen der Masken begründet. Daraus ergibt sich eine Fortsetzung des Gesprächs, in der Pw1 erneut einige erlebensrelevante Aspekte (E. 283; E. 288) ihrer Krankheit und deren Auswirkungen anspricht.

[109]

	281	282	283
Sw1 [v]	Einfach intuitiv oder?		
Pw1 [v]	Ja!	Ja`ich hab mir gedacht das strahlt auch ein bisschen	

[110]

		284	285	286
Sw1 [v]	..			
Pw1 [v]	Lebensfreude aus und bisschen • • ja`	was anderes mal,	nicht ganz bedeckt,	Mhm`^ sondern

[111]

	287	288	289	290
Sw1 [v]				Ja`
Pw1 [v]	auch mal was zeigen!	Und das passt ganz gut zum Aufbruch denk ich mir,	Ja`	

[112]	291	292	293	294	295
Sw1 [v]	Auch von der momentanen Situation,		weils ihnen so gut	geht.	((3s))
Sw1 [nv]					
Pw1 [v]				Ja!	Schon schon,

[113]	..	296			
Sw1 [v]	Wollen sie der Clownmaske im speziellen irgendwas sagen?				
Sw1 [nv]	<i>lacht</i>				
Pw1 [v]	((3s)) Nein, schaut				

Sw1 nimmt die Aufbruchstimmung der Patientin wahr und ratifiziert diese (E. 291), bleibt aber thematisch bei den Masken hängen. Die angesprochene Lebensfreude und der Aufbruch werden nicht weiter thematisiert. Pw1 zieht schlussendlich bezüglich des Experiments auch ein Resümee, auf das Sw1 ebenso wenig eingeht.

[128]	..	334	335		
Sw1 [v]	ob sich jetzt was nicht ändert?				
Pw1 [v]	Mhm^^ ((4s)) Ja` ((1s)) das Gespräch jetzt mit Maske				

[129]	..	336	337	338	
Sw1 [v]				Ja`	
Pw1 [v]	war halt auch einfach zu kurz,	um jetzt irgendwas	zu	(messen) irgendwas mit	

[130]	..	339	340		
Sw1 [v]				((2s))	Aber ich danke ihnen,
Pw1 [v]	Maske jetzt ja`	((1,5s))	Um das jetzt so zu beurteilen,		

Sw1 beendet das Gespräch definitiv in E. 340 mit den Worten:

[131]	341	342	343	344	
Sw1 [v]	dass sie sich	bereitwillig	zur Verfügung gestellt haben,	das ausprobiert haben,	
Pw1 [v]		Ja gerne!			
Pw1 [nv]	<i>lacht</i>				

[132]	345	346	347	348	349
Sw1 [v]		und ((1s))	ich werd sie dann	runterbegleiten	
Pw1 [v]	Gerne`		bringen sie mich wieder	runter	auf die

[133]	..	350 351	352	353	
Sw1 [v]	00:12:47				
Pw1 [v]	Station, ja`	Dankeschön! Wiedersehn!			
Pw1 [nv]		<i>leiser</i>	<i>leiser</i>		
[k]	<i>Gruppe bedankt und verabschiedet sich von Pw1.</i>			<i>Pw1 steht auf, verlässt den</i>	

[134]	..	354			
[k]	<i>Seminarraum, Pw1 begleitet sie.</i>		00:12:56 <i>Ende der Aufnahme</i>		

Auch im zweiten Gespräch (7512) verwendet Sm2 die von Morgan und Engel postulierte

Regelformulierung mehr oder weniger zweckentfremdet. Er leitet nach einer längeren Pause ziemlich abrupt das Ende des Gesprächs ein, was v.a. nach der vorangegangenen Thematik (Prognose) als schwerer Relevanzbruch gewertet werden muss. Im Nachgespräch zeigt sich auch tiefe Betroffenheit bei den anderen Teilnehmerinnen, mit welchem Gefühl der Patient entlassen wurde.

[102]

	246	247	248	249
Sm2 [v]		Okay`	Is imma schlimma wordn mit der Zeit?	
Pm2 [v]	((1s)) is mei Vermutung!			Es wird

[103]

	250	251	252
Sm2 [v]		00:10:00	
Sm2 [nv]		((5s)) NA GUT!	Ham sie dann noch an
Pm2 [v]	schlimma, die Müdigkeit wird imma mehr,	<i>lauter</i>	

[104]

	253	254	255	256
Sm2 [v]	mich Fragen?	Eigentlich nicht?		Dann danke ich recht
Sm2 [nv]		<i>wieder leiser</i>		
Pm2 [v]	Eigentlich nicht`		Nein!	

[105]

	257	258	259	260
Sm2 [v]	herzlich für	die Bereitschaft,	((2s)) Guat i begleite sie noch hinauf,	
Sm2 [nv]		<i>leiser</i>		
Pm2 [v]	Bitte sehr!	Gerne!		Danke!
Pm2 [nv]	<i>lauter</i>			

[106]

	261	262	263
Pm2 [v]	00:10:21		00:10: 33
Pm2 [nv]	Wiedersehn!		
[k]	<i>leiser bzw. von Gruppe übertönt</i>		
	<i>Gruppe verabschiedet sich "Wiedersehen" etc. Pm2 und Sm2 verlassen den Seminarraum Ende der Aufnahme.</i>		

Pm2 verneint in E. 253 Sm2 abschließende Frage und Sm2 beendet das Gespräch nach 10 Minuten 33 Sekunden.

Wie bei den anderen Gesprächen signalisiert auch Sw3 in E. 568 durch die etwas modifizierte, umgangssprachliche Regelformulierung das Ende. Überraschenderweise geht Pm3 auf diese Aufforderung ein und zieht ein erstes Resümee des Gesprächs. An dieser Stelle ist gut erkennbar, dass diese Gesprächssituation auch für den Patienten ungewohnt ist und er sich ähnlich wie in einer Prüfungssituation unter einem gewissen Erwartungsdruck sieht.

[273]

	560	561	562
Sw3 [v]		Ah Non Hodgskin!	Ja des sagt ma was!
Pm3 [v]	er no dazu? A non non non Hodginschen		

[274]

	563	564	565	566
Sw3 [v]	Ja`	((1,4s)) Okay`	((1,3s)) (EA) ((2.4s)) Gut!	Ähm (räuspert sich) ich hab
Pm3 [v]	(lacht)			

[275]	..	567	568
Sw3 [v]	soweit ((2s)) eigentlich keine Fragen mehr,		((1,,6s)) Gibt s noch
Pm3 [v]		((1,7s)) Okay`	(lacht leise)
[276]	..	569	
Sw3 [v]	irgendwas was sie...		
Pm3 [v]		Na ich seh eigentlich dass i jetzt den Fehler gmacht hab,	
[277]	570		571
Sw3 [v]			Nein das stimmt nicht!
Pm3 [v]	i hab eigentlich Sachen erzählt die sie glaub i gar net hören		wollten ()

Sw3 lobt in E. 582-884 den Patienten explizit und kann ihn „beruhigen“, was Pm3 auch gleich dazu veranlasst der Gesprächsführerin ein Feedback zu geben (E. 595-602). Nachdem Sw3 den Patienten noch einmal darin bestätigt, ein gutes und interessantes (vgl. E. 605/606) Gespräch geführt zu haben, werden noch Einzelheiten abgeklärt, wie das nun folgende zweite Gespräch ablaufen wird. Pm3 nutzt die Gelegenheit um wieder einige Rückmeldungen über den Gesprächsverlauf zu geben, bevor die Aufnahme nach gut 33 Minuten angehalten wird und Pm3, der Protokollführer und ich in den Seminarraum zu den anderen Gruppenteilnehmerinnen gehen. Sw3 bleibt im Konferenzraum und wartet bis das zweite Gespräch beendet ist.

6.5. Zusammenfassung der Analyseergebnisse:

Alle von mir untersuchten Gespräche verfolgten klar einen biopsychosozialen Ansatz, was sowohl von den Gesprächsführenden explizit im Vorfeld angemerkt als auch in den Nachgesprächen deutlich wurde. Auch Sm2 versuchte anhand seines Leitfadens (Kursmanual Gesprächsführung A) ein ganzheitliches Bild des Patienten erfragen. Dennoch fehlt eine Gesprächseröffnung in sowohl klassischem Sinn als auch die Gesprächsökonomie betreffend (vgl. Lalouschek 2002a:, Kapitel 3.1., S. 38, sowie Kapitel 6.4.1., S. 70) bei allen Gesprächen, was wohl auf das spezielle Setting der Anamnesegruppen zurückzuführen ist. Eine namentliche Vorstellung und Begrüßung erfolgt in der Regel, so auch bei diesen Gesprächen, beim Erstkontakt, der im Patientenzimmer stattfindet. D.h. der eigentliche Gesprächsbeginn passiert bei der Einholung des Einverständnis, an einem Übungsgespräch im Rahmen des Wahlfachs teilzunehmen. Eine Orientierungsphase am Anfang des Gesprächs fand ebenso wenig statt. Weder während des Erstkontakts noch zu Beginn des eigentlichen Übungsgesprächs erhielten die Patienten eine Aufklärung über Gesprächsverlauf oder Gesprächsplan. Diese sogenannte Aufklärung umfasste hauptsächlich, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Tatsache, dass es sich um ein Übungsgespräch handelt ohne auf Einzelheiten

einzugehen. So wurden weder die bestehende Schweigepflicht, die Anwesenheit anderer Studentinnen oder die Unterschiede in den konzeptuellen Rahmenbedingungen der Übungsgespräche von den drei Studierenden angemerkt.

Die Beschwerdenexploration wurde nur beim letzten Gespräch mit einer expliziten Erzählaufforderung eingeleitet. In den anderen Fällen stellten die Studierenden eine offene W-Frage nach dem Aufenthaltsgrund, in unterschiedlichen Realisierungsformen („*Ähm aus welchem Grund sind sie hier? Im AKH?*“ Und : „*Weswegen sans denn hier?*“).

Analog zu der Gesprächseröffnung verlief jene Anamnese mit direkter Erzählaufforderung (Gespräch 21512) weitaus patientenzentrierter (vgl. Kap. 2.3., S. 33) als die beiden anderen. Pm3 hatte im Vergleich mehr Raum, seine Antworten auszuformulieren und konnte in Folge relevante Punkte, den Krankheitsverlauf, den Umgang mit der Krankheit oder auch den Therapieverlauf betreffend, selbst setzen. Auch handelt es sich bei diesem Gespräch um das mit Abstand längste. Das ist an sich kein Kriterium für ein gelungenes oder biopsychosoziales Anamnesegespräch, dennoch hatte der Patient aufgrund der Länge mehr Gelegenheit auf unterschiedlichste Aspekte die Krankheit betreffend einzugehen. Darüber hinaus lässt sich anhand verschiedener Punkte (z.B. aktives Zuhören: Sw3 greift mehrfach Pm3s Formulierungen auf und lässt den Gesprächsverlauf von Pm3 „lenken“) erkennen, dass Pw3 sich am meisten auf den Patienten eingelassen hat. Sw3 unterstützte den Patienten mit ca. 100 Hörersignalen während des gesamten Gesprächs. Im ersten Gespräch konnten nur 40, im zweiten gar nur 11 gezählt werden. Mit zunehmender Anzahl der gestellten Fragen ist eine deutlichere Fragmentierung der Patientendarstellung zu vermerken. Im zweiten Gespräch formulierte Sm2 an die 63 Fragen¹¹, wobei nur 3 davon als offene Fragen (also erzählfördernd) gewertet werden. Der Großteil hingegen waren geschlossene (34) und halb offene W-Fragen (26). Sw1 stellte mit 33 Fragen mehr als Sw3 (24), dennoch wurde über Pm3 am meisten in Erfahrung gebracht, sowohl in medizinischer als auch in psychosozialer Hinsicht. Die Vollständigkeit (bemessen nach Kriterien, des in Gesprächsführung A verwendeten Manuals) der Anamnese korreliert mit dieser ersten Gegenüberstellung.

V.a. bei Sw1 kritisierte die Gruppe im Anschluss an das Gespräch, dass zu wenig Informationen nachgefragt wurden und es noch sehr viele offenen Fragen gebe. Allerdings muss hier darauf hingewiesen werden, dass Sw1 nicht Medizin studierte und auch bewusst den Fokus nicht auf die medizinischen Bereiche gelegt hat. Ein Hauptteil des Gesprächs 30412 widmete sich dem Tragen der Masken, wenn auch der Sinn dieses Experiments erst gegen Ende des Gesprächs auf Nachfragen von Pw1 erklärt wurde und sich dieser wahrscheinlich auch nicht zur Gänze erschloss.

¹¹ Die Fragen wurden grob nach Themenkomplexen gezählt, aneinandergereihte, reformulierte Fragen wurden nicht doppelt gewertet.

Gestärkt wird diese Annahme besonders durch die von Pw1 geäußerte Kritik, dass das Gespräch mit den Masken aufgrund der Kürze auch nicht sehr aussagekräftig sei (Gespräch 30412, E. 318-322). Sm2 zog hingegen für sich das Resümee, aus medizinischer Sicht genug erfahren zu haben, während psychosoziale Aspekte nicht ausreichend abgedeckt wurden. Diese Wahrnehmung deckt sich mit der der Gruppenteilnehmerinnen und bestärkt meine Erfahrungen bezüglich des Verwendens von Leitfäden. Die meisten Studierenden, die mit einer Fragenliste in ein Anamnesegespräch gingen, haben im Nachhinein kritisch bemerkt, dass sie in erster Linie darauf konzentriert waren, die aufgeschriebenen Fragen abzuarbeiten und sie in Folge auch nicht wirklich aufmerksam zugehört hätten. Auch bei Sm2 konnte beobachtet werden, dass er immer wieder, v.a. wenn er längere Pausen machte, auf seine Notizen blickte und danach einen relativ abrupten Themenwechsel vollzog bzw. von einem Themenkomplex zum nächsten hin und her sprang. Sw3 hat andererseits noch vor dem Gespräch erklärt, ihr Hauptaugenmerk gelte dem individuellen Umgang mit der Krankheit. Die medizinischen Eckdaten wurden grob abgehandelt, für Medizinstudentinnen fehlten sicherlich wichtige Detailinformationen. Auch die Frage nach einer familiären Vorbelastung wurde nicht gestellt, dennoch konnte von Pm3 das umfangreichste Bild gewonnen werden. Sw3 hat abschließend zusammengefasst, dass sie sich z.T. schwer tat, den Bogen von einem Thema zum nächsten zu spannen bzw. auf relevante Punkte zurückzuführen. Für sie war das Setting des Einzelgesprächs ausschlaggebend für die Fülle an Informationen, die eingeholt wurden. Pm3, der als einziger Patient die Möglichkeit hatte der Gesprächsführenden unmittelbar ein Feedback zu geben, meinte im anschließenden Nachgespräch, dass Pw3 eine gute ZuhörerIn gewesen sei, er nicht so viel erzählt hätte, „wenn´s mir nicht gepasst hätte“ (Zitat Pm3). Wohl merkte er auch kritisch an, dass Sw3 durch gezielteres Nachfragen noch mehr erfahren hätte können bzw. er selbst das Gespräch als zu wenig informativ empfunden habe.

Die interaktive Aushandlung von Bedeutung und Erleben, also der sprachliche Umgang mit Emotionen wird hier nun, entsprechend dem Analysefokus, separat zusammengefasst. Als emotionale Äußerung habe ich schlussendlich jene Verbalisierungen sowie nonverbale Manifestationen mit einem affektiven Bedeutungsgehalt gezählt (vgl. Fiehler 1990; s. auch Kapitel 2.2., ab S. 23). Mimik und Gestik bleiben aufgrund der eingeschränkten, auditiven Aufzeichnung unbeachtet. Zum einen handelt es sich dabei um klassische Gefühlsbekundungen, wie „*Momentan geht's ma ganz guat.*“ (Gespräch 7512, E. 2) oder „*Und bin natürlich jetzt sehr aufgekratzt, ja!*“ (Gespräch 30412, E. 14). Aber auch Äußerungen, die eine erlebensrelevante Bedeutung nur implizieren, bzw. deren Deutung sich nur durch vorangegangene Aussagen erschließen, wurden als emotionale Manifestationen gewertet. Hier zu nennen sind Aussagen wie „*[...] ich werd morgen entlassen*“ (Gespräch 30412, E. 50), aber auch bei z.B. „*Also/es is jetzt nicht die Krankheit als die*

große Bedrohung“ (Gespräch 30412, E. 115) oder „*Man sagt normalerweise so nach der Menge, äh äh Infusionen äh Medikament/medika/medikamentöse Behandlungen SOLLTE äh scho mehr Erfolg zu sehn sein (net)*“ (Gespräch 21512, E. 755/756), wird ein affektiver Gehalt deutlich. Aufgrund dieser Unterteilung ergeben sich z.B. für das erste Gespräch (30412) 28 emotionale Manifestationen. Bei Gespräch 7512 hingegen sind nur 10 Aussagen mit erlebensrelevantem Bedeutungsgehalt, im letzten Gespräch 26 davon zu finden. Sowohl im ersten als auch im letzten Gespräch wird z.B. der Umgang mit der Krankheit als humorvoll bezeichnet, während Pm2 nur meint, es sei eben die Vermutung („dass es Krebs sei,“) bestätigt worden und der emotionale Gehalt erst durch ein suggestives Nachfragen von Sm2 („Okay und net irgendwie gschockt oder...“ 7512, E.190) verbalisiert wird.

Grundsätzlich fällt auf, dass Pw1 relativ häufig Hinweise auf affektiver Ebene über ihr Befinden gibt, die Sw1 allerdings nur selten interaktiv prozessiert. Der zweite Patient (Pm2) wiederum scheint einer stark faktenorientierten Beschreibung verhaftet und greift nur von Sm2 eingeführte Emotionsbenennungen in seinen Äußerungen auf. Pm3 ist der einzige der drei Patienten der auch auf nonverbaler vokaler Ebene (er schluchzt beim Thema Freundschaften) sowie verbalisierungsbegleitend (z.B. Betonung einzelner Worte) Emotionen äußert.

Alle drei Studierenden tendieren eher dazu, emotionale Themen oder Äußerungen zu übergehen bzw. zu ignorieren, wobei z.B. v.a. beim zweiten Gespräch auffällt, dass Sm2 auf der einen Seite immer wieder erlebens- und bedeutungsrelevante Fragen stellt, Pm2s Antwort aber in Folge unbearbeitet im Raum stehen lässt, sie also übergeht oder ignoriert und auf die somatische Darstellung der Krankheit wechselt. Das gesamte Gespräch ist durch diesen ständigen Wechsel zwischen biomedizinischem und psychosozialen Konzept gekennzeichnet. Im Gegensatz dazu gibt Pm3 in seinen Turns z.T. sehr viele Informationen, sowohl auf affektiver als auch auf biomedizinischer Ebene. Sw3 orientiert sich meist nur an den zuletzt genannten Aspekten und vertieft diese interaktiv weiter bzw. greift sie zu einem späteren Zeitpunkt erneut auf.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bei allen Gesprächen Unsicherheiten im Umgang mit Emotionen und belastenden Themen zeigen.

Bei den ersten beiden Anamnesen wurde dies besonders deutlich und auch in den anschließenden Nachgesprächen kommuniziert. Die anderen Teilnehmerinnen meinten, nicht genügend Informationen über Pw1 erhalten zu haben. Zu viele Unklarheiten stünden im Raum, wie z.B. die Familienkonstellation aussehe, warum die Patientin vor der Erkrankung alles alleine schaffen musste oder warum Pw1 selbst immer wieder auf psychosomatische Aspekte (Burnout, Depressionen, Überlastung) angespielt hat. Auch die Tatsache, dass Sw1 nichts über Pw1s Mann in

Erfahrung gebracht hat, sorgte für Spekulationen. Auch wurden die Krankheit und ihr etwaiger Zweck (Entlastung) thematisiert.

Nach dem zweiten Gespräch herrschte gedrückte Stimmung. Sm2 selbst bemängelte, auf psychosomatischer Seite zu wenig nachgehakt zu haben. Um die abschließende Frage nach der Prognose weiterzuführen, also den Patienten auch auf den Tod anzusprechen, dafür sei er zu „feige gewesen“. Viele Gruppenmitglieder sorgten sich um den Patienten und meinten, mit diesem Abschluss hätte man ihn nicht gehen lassen sollen. In Folge wurden die unterschiedlichen Zielsetzungen von ärztlichen und therapeutischen Gesprächen diskutiert. In diesem Zusammenhang standen schließlich auch die psychosomatische Gesprächsführung und die Inhalte der Lehrveranstaltung im Raum. Für die meisten Studentinnen geht es in den Anamnesegruppen klar darum, voneinander zu lernen, also als gegenseitige Instruktoren zu dienen. Es wurde aber auch Kritik laut: „Das System Anamnesegruppen ist voll krass, weil wir keine Informationen darüber erhalten, wie wir damit (Emotionen, Tabuthemen) umgehen sollen!“ (Zitat eines Teilnehmers). Da das letzte Gespräch insgesamt mehr als eine Stunde (Gespräch mit Sw3 unter Ausschluss der Gruppe und anschließendes Zusammenfassen des Gesprächs ohne Sw3) gedauert hat, blieb für das eigentliche Nachgespräch nicht mehr viel Zeit. Nach einem kurzen Feedback der Gesprächsführenden selbst kreisen die Aussagen hauptsächlich um den emotionalsten Moment, als der Patient im Kontext des Themas Freundeskreis zu schluchzen beginnt und seine generelle Offenheit.

7. Resümee

Ausgehend von den Ergebnissen meiner Analyse scheint der Umgang mit Emotionen, also die sprachliche, interaktive Prozessierung von Bedeutung und Erleben nach wie vor starken Unsicherheiten ausgesetzt zu sein. Alleine das Zitat eines Teilnehmers macht dies deutlich (s. S. 99). Die Studierenden greifen nach wie vor in erster Linie auf emotionsregulierende Bewältigungsstrategien bei der interaktiven Nachbearbeitung von erlebensmäßig-affektiven Beschreibungen zurück. Ihr sprachliches Verhalten muss weiterhin als Mischform von patientenzentrierter und studentenzentrierter (s. Kapitel 2.3., S.33) Gesprächsführung bewertet werden. „Pseudo-psychosoziale verbale Umsetzungsmechanismen“ (Lalouschek 2002a:86) finden sich in jedem der drei analysierten Gespräche, Regelformulierungen werden unreflektiert und präskriptiv angewandt, ebenso verhält es sich bei der Verwendung von impliziten Gesprächsnormen

(z.B. Gespräch 7512: „*Mhm`((2s)) Kennt/äh ham die Ärzte was sagen können über des zusammenhängen? Die Krebstherapie und die Lungen-entzündung? Oder is des ?*“) oder von unerwarteten Themenwechseln.

Auf der anderen Seite konnte ich sehr wohl eine – wie von Lalouschek geforderte – Sensibilisierung für interaktive Prozesse erkennen. Die im Anschluss stattfindenden Nachgespräche wurden nur im Fall des ersten Gesprächs von den Tutoren stark auf das außerordentliche Moment des Masken-Tragens gelenkt, ansonsten wurden die Themenpunkte von den einzelnen Teilnehmerinnen gesetzt. Gerade beim zweiten Gespräch lag der Fokus auf einer kritischen Auseinandersetzung der Teilnehmer mit den vorherrschenden Rahmenbedingungen der Lehrveranstaltung. Es wurde explizit eine Überforderung der Studentinnen im Umgang mit stark emotionsgeladenen Themen wie Tod, Leid, Schmerz, aber auch in Bezug auf Tabuthemen geortet. Die viel zitierte Interdisziplinarität trägt ihrerseits zu einer Erweiterung des Blickwinkels bei.

Demnach muss diese Lehrveranstaltung in ihrer Ganzheit dargestellt werden. Auf der einen Seite stehen die Gespräche mit Patientinnen. Hier kommt es sowohl für Studierende als auch für die Patienten eindeutig zu interaktiv überfordernden Situationen. Andererseits bietet das Tutorium den Studenten eine der wenigen Möglichkeiten, sich innerhalb ihres Studiums in einem derart geschützten Rahmen (ohne jegliche Sanktionen) über hoch emotionale Aspekte auszutauschen, die ein medizinisches Gespräch, eine Diagnose, der Umgang mit einer Krankheit usw. mit sich bringen. Den Patienten wird ein gewisses Maß an Eigenverantwortung zugesprochen. Die Vorauswahl der Patienten durch behandelnde Ärzte oder Stationspersonal dient dazu, im Vorfeld Unsicherheiten aufzufangen und den Patienten vorzubereiten. Natürlich kann es immer wieder zu unvorhersehbaren Ereignissen und konfliktreichen Situationen kommen. Da es sich um eine problemorientierte Lehrveranstaltung handelt, sollte dies allerdings als eine zu bereichernde Gegebenheit angesehen werden, die ein intensives Lernen fördert. Kommunikation ist kein einseitig ablaufender Prozess, der alleine im Rollenspiel erlernt werden kann.

Unter diesem Blickwinkel muss das Fachtutorium Anamnesegruppen als zusätzliche Maßnahme innerhalb der Gesprächsausbildung gewertet werden, die nicht darauf abzielt, den Studierenden sogenannte *soft skills* in der psychosomatischen Gesprächsführung zur Verfügung zu stellen, sondern vielmehr zu einer Sensibilisierung im Hinblick auf eine patientenzentrierte Medizin und Gesprächsführung beiträgt. Natürlich gibt es konzeptuelle Veränderungen, die vorgenommen werden sollten, wie z.B. das Einführen einer Präphase, in der die einzelnen Teilnehmer diskursiv verschiedene Gesprächsziele erarbeiten (vgl. Schüffel 1983/Lalouschek 2002a). Aber gerade die Möglichkeit, die die Studierenden hier haben, nämlich in Selbsterfahrung sich bestimmte Konzepte zu erarbeiten, darf in einer zunehmend verschulten Ausbildung nicht unterschätzt werden.

8. Literatur

- Abke, Dieter (1985) Angst: Theorie, Diagnostik, Therapie und Ergebnisse einer psychophysiologischen Untersuchung. Peter Lang: Frankfurt am Main, Bern [u.a.].
- Adler Rolf (2000) Psychosomatik als Wissenschaft. Integrierte Medizin gedacht und gelebt. Schattauer: Stuttgart, New York.
- Adler, Rolf (2005) Einführung in die biopsychosoziale Medizin. Schattauer: Stuttgart.
- Antonovsky, Aaron (1987) Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco.
- Balint, Michael (1995) Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. 5 Auflage, Klett-Crotta: Stuttgart.
- Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (Hrsg.) (2004) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell.
- Birkner Karin (2007) „Bericht über das 39. Treffen des Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung in Wien am 1. und 2. Dezember 2006“. In: Gesprächsforschung-Online. Zeitschrift zur verbalen Interaktion Ausgabe 8 (2007), 1-14.
- Bliesener, Thomas/Köhle, Karl (Hrsg.) (1986) Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Bliesener, Thomas (1994) Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Bluhm, Claudia/Dirk Deissler/Joachim Scharloth/Anja Stukenbrock (2000) Linguistische Diskursanalyse: Überblick, Probleme, Perspektiven. In: Sprache und Literatur in Wissenschaft und Unterricht 88, S. 3-19. Fink:Paderborn.
- Brinker, Klaus/Sager, Sven F. (2010) Linguistische Gesprächsanalyse. 5. überarbeitete Auflage, Erich Schmidt Verlag: Berlin.
- Brock, Alexander/Meer, Dorothee (2004) „Macht-Hierarchie-Dominanz-A-/Symmetrie: Begriffliche Überlegungen zur kommunikativen Ungleichheit in institutionellen Gesprächen.“ In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 5 (2004), 184-209.
- Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hrsg.) (1999) Angewandte Diskursforschung. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Buddeberg, Claus (Hrsg.) (1998) Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer Verlag.
- Deppermann, Arnulf (2004) 'Gesprächskompetenz'. Probleme und Herausforderungen eines

- möglichen Begriffs. In: Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (Hrsg.) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell, 15-28.
- Deppermann, Arnulf (2000) „Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse.“ In: Gesprächsforschung - Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion Ausgabe 1, 96-124.
- Dijk, Teun A. van (2005) Contextual Knowledge Management in Discourse Production: A CDA Perspective. In: Wodak, Ruth/Chilton, Paul (Hrsg.) A New Agenda in (Critical) Discourse Analysis. Theory, Methodology and Interdisciplinarity. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam/Philadelphia, 71-101.
- Dörnyei, Zoltán (2007) Research Methods in Applied Linguistics. Quantitative, Qualitative, and Mixed Methodologies. University Press: Oxford/New York.
- Fiehler, Reinhard (1990a) Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotion in der verbalen Interaktion. Walter de Gruyter: Berlin, New York.
- Fiehler, Reinhard (1990b) Erleben von Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, Konrad (Hrsg.) Medizinische und therapeutische Kommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen, 41-65.
- Friedrichs, Jürgen (Hrsg.) (1990) Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Auflage. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Frischenschlager, Oskar/Pucher - Matzner, Ingeborg/ Schmidts, Michael/Weghofer, Andrea, Gabriel, Sebastian/Mayerhofer, Gabriele (2010) Ärztliche Gesprächsführung Teil A: Das Erstgespräch. Skills Line 2. Version 0.2.0. Department für Medizinische Aus- und Weiterbildung: Medizinische Universität Wien.
- Gottschlich, Maximilian (2007) Medizin und Mitgefühl – die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Böhlau Verlag: Wien-Köln-Weimar.
- Gottschamel, Martha (2011) Artefakte in der Ausbildungssituation. Analyse zur Gesprächsausbildung an der Medizinischen Universität Wien. Diplomarbeit: Wien.
- Greenhalgh, Trisha (2005) Narrative-based medicine. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Huber: Bern.
- Glück, Helmut (Hrsg.) (2000) Metzler Lexikon Sprache, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag J. B. Metzler: Stuttgart/Weimar.
- Gulich, Elisabeth/Bergmann, Jörg /Schöndienst, Martin/Wörmann, Friedrich (2004) Abschlussbericht der ZiF: kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst. Universität Bielefeld.

- Gülich, Elisabeth/ Lindemann, Katrin (2010a) Communicating Emotion in doctor-patient interaction. In: Barth-Weingarten, Dagmar/Reber, Elisabeth/Selting Margret (Hrsg.) Prosody in Interaction. John Benjamins Publishing Company: Freiburg, Erlangen-Nürnberg, Potsdam, 269-294.
- Gülich, Elisabeth/Lindemann, Katrin/Schöndienst, Martin (2010b) Interaktive Bearbeitung von Angsterlebnissen im Arzt-Patienten Gespräch. Eine Einzelfallanalyse. In: Dausendschön-Gay, Ulrich/Domke, Christine/Ohlhus, Sören (Hrsg.) Wissen in (Inter-)Aktion. Berlin/New York: de Gruyter, 135-161.
- Hartung, Martin (2004) Wie lässt sich Gesprächskompetenz wirksam und nachhaltig vermitteln? Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis. In: Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (Hrsg.) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 47-67.
- Hils, Bettina (2009) Anamnesegruppen. Eine Evaluation der Erwartungen von Teilnehmern und Tutoren. Dissertation, Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Hutchby, Ian/Wooffitt, Robin (2008) Conversation Analysis. Principles, Practices and Applications. Polity Press: Cambridge.
- Janitz, Günther (2006) Narrative Medizin als Ansatz für ganzheitliche Patientenbetreuung. Berlin Power Point. (http://www.aerztekammer-berlin.de/Jonitz_Gesundheitspolitik/50_Vortraege/Narrative_Medizin_Brixen_050408.pdf)
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Oblers, Rainer (2000) „Narrative in der Arzt-Patienten Kommunikation.“ In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 2, 87-116.
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/ Oblers, Rainer/Sonntag, Bernd/Thomas, Walter/Albus, Christian (2008) „Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsausbildung.“ In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 9, S. 34-78.
- Kotthoff, Helga (2006) „Rezension zu: Axel Schmidt, Doing peer group. Die interaktive Konstitution jugendlicher Gruppenpraxis.“ Frankfurt, Peter Lang 2004. In: Gesprächsforschung – Online. Eine Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 7 (2006), 224-228.
- Kötze, Markus (2010) Patientenorientierte Kommunikationskultur. Integrative Ansätze aus Sicht der systemischen Organisationsentwicklung. Martin-Gropius-Krankenhaus Eberswalde. (www.systemblick.de)

- Lalouschek, Johanna/Menz, Florian/Wodak, Ruth (1990a) Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Günther Narr Verlag: Tübingen.
- Lalouschek, Johanna/Menz, Florian (1990b) Ambulanzgespräche: Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und ÄrztInnen. In: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten (Hrsg.) Medizinische und Therapeutische Kommunikation, Westdeutscher Verlag: Opladen, 12-26.
- Lalouschek, Johanna (1993) „Irgendwie hat man ja doch a bißl Angst.“ Zur Bewältigung von Emotion im Arzt-Patienten Gespräch. In: Löning, Petra/Rehbein, Jochen (Hrsg.) Arzt-Patienten-Kommunikation. De Gruyter: Berlin, 177-190.
- Lalouschek, Johanna (1994a) „Des is net anfallsartig, des is dauernd!“ Wie Ärzte und Ärztinnen ärztliches Sprechen lernen. In: Held Gudrun (Hrsg.) verbale Interaktion. Verlag Dr. Kovač: Hamburg, 67-87.
- Lalouschek, Johanna (1994b) „nur ganz normale Sachen.“ Aufgabe und Probleme der Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hrsg.) Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik und Diskursanalyse. Westdeutscher Verlag: Opladen, 199-217.
- Lalouschek, Johanna (1994c) Erzähl'n Sie mir einfach – oder die psychosoziale Dimension von Krankheit als Problem in der medizinischen Gesprächsausbildung. In: Bliesener, Thomas/Brons-Albert, Ruth (Hrsg.) Rollenspiele und Verhaltenstrainings. Westdeutscher Verlag: Opladen, 195-216.
- Lalouschek, Johanna (2002a) Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. 2. überarbeitete Auflage. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lalouschek, Johanna (2002b) Frage und Antwortsequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/ Kindt, Walter (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Westdeutscher Verlag: Opladen, 155-173.
- Lalouschek, Johanna (2002c) Hypertonie? - oder das Gespräch mit Patienten als Störung des ärztlichen Tuns. In: Fiehler, Reinhard (Hrsg.) Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 97-115.
- Lalouschek, Johanna (2004) Kommunikatives Selbstcoaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Bsp. der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzek, Michael/Brünner, Gisela (Hrsg.) Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell, 137-158.
- Lalouschek, Johanna (2005) Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel

- der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftlicher Verlag Ges.: Stuttgart, 48-73.
- Langewitz, Wolfgang/Laederach, Kurt/Buddeberg, Claus (2004) Ärztliche Gesprächsführung. In: Buddeberg, Claus (Hrsg.) Psychosoziale Medizin. Heidelberg: Springer Verlag, 373-407.
- Lepschy, Anette (1999) Lehr- und Lernmethode zur Entwicklung von Gesprächsfähigkeit. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hrsg.) Angewandte Diskursforschung, Bd. 2. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 50-71.
- Litosseliti, Lia/Sunderland, Jane (2002) Gender Identity and Discourse Analysis: Theoretical and empirical considerations. In: Litosseliti/Sunderland (Hrsg.) Gender Identity and Discourse Analysis, John Benjamins Publishing Company: Amsterdam, Philadelphia, 3-43.
- Löning, Petra (1986) Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop. Buske: Hamburg.
- Löning, Petra/Rehbein, Jochen (1993) Arzt-Patienten Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses. De Gruyter: New York/Berlin.
- Löning, Petra (2001) Gespräche in der Medizin. In: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven A. (Hrsg.) Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband. De Gruyter: Berlin/New York, 1576-1588.
- Lotz, Markus (2000) Zur Sprache der Angst: Eine Studie zur Interaktion im pflegerischen Aufnahmegespräch. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.
- Lucius-Hone, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004) „Narrative Identität und Positionierung.“ In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion. Ausgabe 5 (2004), 166-183.
- Menz, Florian (1991) Der geheime Dialog: medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation: eine diskursanalytische Studie. Lang: Frankfurt a. Main.
- Menz, Florian (1994) Der Einfluss von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus. Aprioris einer kommunikativen Schulung des medizinischen Krankenhauspersonals. In: Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hrsg.) Medizinische Kommunikation – Erfahrungen in Ost und West. Westdeutscher Verlag: Opladen, 218-234.
- Menz, Florian/Lalouschek, Johanna (2002) Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hrsg.) Angewandte

- Diskursforschung, Bd. 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell, 46-69.
- Menz, Florian/Al-Roubaie, Ali (2007) Quantifizierende Verfahren in der qualitativen Forschung zur Arzt-Patient-Kommunikation: Unterbrechungen, Status und Geschlecht. In: Gruber, Helmut/Kaltenbacher, M./Muntigl, P. (Hrsg.) Empirieorientierte Ansätze der Diskursanalyse im Vergleich. Empirical approaches to discourse analysis. Lang: Bern, 169-197.
- Menz, Florian/Nowak, Peter/Nezhiba, Sabine (2008) „Arzt-Patienten-Interaktion im deutschsprachigen Raum: eine Online-Forschungsdatenbank (API-on) als Basis für Metaanalysen.“ In: Gesprächsforschung -Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 9 (2008), 129-163.
- Menz, Florian/Lalouschek, Johanna/Gstettner, Andreas (2008) Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept. LIT-Verlag: Wien/Münster.
- Menz, Florian (2011) Doctor-patient communication. In: Wodak, Ruth/Johnstone, Barbara/Kerswill, Paul (Hrsg.) The Sage Handbook of Sociolinguistics. Sage: London, 330-344.
- Miles, Matthew B./ Huberman Michael A. (1994) Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook. 2nd Edition. Sage Publications: Thousand Oaks/London/New Delhi.
- Miller, Gale/Dingwall, Robert (1997) Context and Method in Qualitative Research. Sage Publications Ltd.: London/Thousand Oaks/New Delhi.
- Morgan, William L. /Engel, Georg L. (1977) Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte. Huber: Bern.
- Neises, Mechthild/Spranz-Fogasy, Thomas (2005) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftlicher Verlag Ges.: Stuttgart.
- Nowak, Peter (2007) „Metastudien-Methodik – ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung.“ In: Gesprächsforschung – Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 8 (2007), 89-116.
- Reisigl, Martin (2007) Projektbericht: Der Wiener Ansatz der Kritischen Diskursanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 8(2), <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702P75>
- Ritter-Ostermann, Karin/Strunz, Volker (1998) Studierende und Kranke im Gespräch. Skriptum zur LV Anamnesegruppen. Facultas Verlag: Wien.
- Sator, Marlene (2003) Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-

- Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Diplomarbeit: Universität Wien.
- Sator, Marlene (2011) Schmerzdifferenzierung – Eine gesprächsanalytische Untersuchung ärztlicher Erstgespräche an der Kopfschmerzambulanz. V&R unipress GmbH: Göttingen.
- Schmidt, Thomas (2002) „Gesprächstranskription auf dem Computer: das System EXMERaLDA.“ In: Gesprächsführung – Online. Eine Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 3 (2002), 1-23.
- Schmidt Thomas (2005) „Datenarchive für Gesprächsforschung: Perspektiven, Probleme und Lösungsansätze.“ In: Gesprächsführung – Online. Eine Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 6 (2005), 103-126.
- Schmitt, Reinhold (2008) Die Schwellensteher. Präsenz und sozialer Austausch in einem Kiosk. Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim.
- Schüle, Johann August (1987) Theorie der Institutionen. Köln: Opladen.
- Schüffel, Wolfram (1983) Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. Urban&Schwarzenberg: München.
- Schütte, Wilfried (2007) „ATLAS.ti5 – ein Werkzeug zur qualitativen Datenanalyse“. In: Gesprächsforschung – Online. Eine Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 8 (2007), 57-72.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005) Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. Gesprächseröffnungsphasen und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/ Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart, 17-47.
- Steffen, Markus (2005) „Bericht zur Tagung „Qualitative Forschung im klinischen und psychotherapeutischen und psychoanalytischen Kontext“ an der Universität Zürich am 18. und 19. März 2005“. In: Gesprächsforschung – Online. Eine Zeitschrift zur verbalen Interaktion, Ausgabe 6 (2005), 81-86.
- Uexküll, Thure von (1983) Geleitwort. In: Schüffel, Wolfram Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnesegruppen. Urban&Schwarzenberg: München, IX-XII.
- Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang (2003) Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein biopsychosoziales Modell. In: Uexküll, Thure von (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban & Fischer, 3-42.

- Weinberger, Sabine (2006) Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Juventa: Weinheim.
- Wodak, Ruth/Menz, Florian/Lalouschek, Johanna (1989) Sprachbarrieren. Die Verständigungskrise der Gesellschaft. Zeitschriftenverlag Edition Atelier: Wien.
- Wodak, Ruth/Chilton, Paul (2005) A New Agenda in (Critical) Discourse Analysis. Theory, Methodology and Interdisciplinarity. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam/Philadelphia.
- Van Dijk, Teun A. (2005) Contextual knowledge management in discourse production: A CDA perspective. In: Wodak, Ruth/Chilton, Paul (Hrsg.) A New Agenda in (Critical) Discourse Analysis. Theory, Methodology and Interdisciplinarity. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam/Philadelphia, 71-101.
- Young, Lynne/Harrison, Claire (2004) Systemic Functional Linguistics and Critical Discourse Analysis. Studies in Social Change. Continuum: London/New York.

9. Anhang

9.1. Gespräch 30412

Project Name: Diplomarbeit
Transcription Convention: HIAT

User defined attributes:

Station : Onkologie AKH
Datum der Aufnahme : 30.4.12
Länge des Gesprächs: 12:56

Speakertable

Sw1

Sex: f
Comment: Studentin d. Erziehungswissenschaften: Gesprächsführerin,

Pw1

Sex: f
Comment: Patientin: weiblich

Transkriptionskonventionen:

nach HIAT: ((xs)) : Pause von x Sekunden
· : kurze Pause von weniger als 0,5 Sek.
·· : Pause zwischen 0,5 Sek. und 1 Sekunde
() : unverständlich
(abc) : vermeintlicher Wortlaut
AA : betonte Aussprache
a` : fallender Intonationsverlauf
a´ : steigender Intonationsverlauf
a^^ : steigend-fallend
a^^ : fallend-steigend
, : Intonation am Satzende abfallend
... : Satz wird nicht beendet
a:b : lang gezogener Wortlaut

in Kommentarzeile [k] : TE : tiefes Einatmen
EA : Einatmen
AA : Ausatmen

Sw1[v]: Wortlaut von Sw1

Pw1[k]: Kommentarzeile zu Wortlaut von Pw1

Sw1[v] und Pw1[v] überlappend: gleichzeitiges Sprechen

[1]

	1	2
Sw1 [v]	00:00:07	00:00:13
Pw1 [v]	(Soll ich mir eine Maske nehmen?)	Also sie geben mir Bescheid, wenn ihnen
Pw1 [nv]	<i>sehr leise, noch im Vorraum</i>	

[2]

.. 3 4 5 6

Sw1 [v] schlecht wird, oder wenn sie müde sind, wir können jederzeit abbrechen.
Pw1 [v] Ja' Mhm'

[3]

7 8 9

Sw1 [v] • Ähm aus welchem Grund sind sie hier? Im Akh?
Pw1 [v] Ähm ich bin jetzt/ ich hab jetzt

[4]

.. 10 11

Pw1 [v] den vierten Chemozyklus abgeschlossen, ähm ich hab ein (Myozykom) 00:00:30 ((2s))
Pw1 [nv] *in der Form nicht gefunden*

[5]

.. 12

Pw1 [v] auf der Rippe unter der Brust (gegen) die Lunge (hinein) , • • ja ähm und hab heute

[6]

..

Pw1 [v] ganz tolle Nachrichten bekommen vom PET CT dass da schon gut angesprochen

[7]

.. 13 14

Pw1 [v] hat, die Chemo, und fast kein Stoffwechsel mehr erkennbar ist, im Tumor. Und bin

[8]

.. 15

Sw1 [v] Haben sie die gute Nachricht gleich der Familie
Pw1 [v] natürlich jetzt sehr aufgekratzt, ja !

[9]

16 17 18 19

Sw1 [v] weiter gegeben? Äh wann ist
Pw1 [v] Ja! Natürlich! Natürlich ja` haben alle schon gewartet und ((1s)) ja'

[10]

.. 20 21
00:01:00
Sw1 [v] die Krankheit das erste Mal bei ihnen ausgebrochen?
Pw1 [v] Ähm ich hab s bemerkt

[11]

.. 22
Pw1 [v] Anfang Jänner, ((1s)) da war s dann nicht mehr zu über/mhm konnte man s nicht

[12]

.. 23
Pw1 [v] mehr leugnen. (Da) hab ich so einen Riesendippel so auf der/auf den Rippen

[13]

.. 24
Pw1 [v] bekommen und ähm konnte dann auch nicht mehr liegen und dann ist es mir

[14]

.. 25 26
Pw1 [v] eingeschossen, da stimmt was nicht! Ich hatte schon monatelang vorher Schmerzen,

[15]

.. 28
Pw1 [v] ((1s)) und hab s aber aufs • Kindertragen zurückgeführt, weil ich ihn immer
[k] Sw1 weiß bereits aus einem Vorgespräch, dass Pw1 4 Kinder hat, der Jüngste 1 1/2 Jahre alt.

[16]

.. 29
00:01:30
Pw1 [v] links getragen hab, meinen Sohn, und die Erschöpfung war (halt) einfach/ist immer

[17]

.. 30 366
Pw1 [v] stärker geworden, dadurch dass der der Tumor halt auch bei der Lunge ist, (und)

[18]

.. 31 32 33
Pw1 [v] einfach schon so groß war, fast faustgroß, hat er eben aufs Herz gedrückt, und

[19]

.. 34

Pw1 [v] dadurch war ich auch/ja war ich nicht so belastbar. Und ich hab halt gedacht das ist

[20]

.. 35

Pw1 [v] psychisch und ich hab Burnout oder Depressionen oder irgendsowas, und • hab s gar

[21]

.. 36

Pw1 [v] nicht auf was körperliches zurückgeführt. Hab zwar Physiotherapien gemacht und

[22]

.. 37 38 39

Sw1 [v] 00:02:00

Pw1 [v] auch ein Röntgen, aber da war noch nichts sichtbar, Mhm` und • ja´ Und dann bin

[23]

.. 40 41

Pw1 [v] ich wie ich den Dippl so bemerkt hab, bin ich dann gelaufen, zum Röntgen und

[24]

.. 42 43

Sw1 [v] Mhm`` Das heißt sind sie seit Jänner in Behandlung?

Pw1 [v] dann ging alles sehr schnell.

[25]

44 45 46 47

Sw1 [v] (Okay) Und wie lang dauert das noch? Also

Sw1 [nv] *sehr leise*

Pw1 [v] Seit Jänner bin ich in Behandlung, ja!

[26]

.. 48

Sw1 [v] bis jetzt die/diese vierte Chemo´ • fertig ist?

Pw1 [v] Also die vierte Chemo hab ich jetzt

[27]

.. 49 50 51 52

Sw1 [v] Mhm` Mhm``

Pw1 [v] beendet, ich werd morgen entlassen, U:nd hab dann ähm die

[28]

..		53	
Pw1 [v]	Stammzellen((1s))entnahme vor mir, ((2s)) und dann geht s weiter mit der/mit der		
Pw1 [nv]			

[29]

..		54	55	56
Sw1 [v]		Mhm`	Und an was freun sie sich jetzt	
Pw1 [v]	fünften und sechsten Chemo bis zur OP.		Ja`	
Pw1 [nv]	<i>wird zunehmend leiser</i>			

[30]

..		57	58	59
Sw1 [v]	schon wenn sie heimkommen?			
Pw1 [v]	Ja auf meine Kinder natürlich! Ja! Einfach aufs			

[31]

..		60	61	62	63
Sw1 [v]		Mhm`			
Sw1 [nv]		<i>leise</i>			
Pw1 [v]	zuhause sein, auf die Umgebung, ähm man is freier, man kann sich einfach •				

[32]

..		64	65
Pw1 [v]	• zu essen machen, oder bekommt halt was man was man möchte, und ähm man ist		

[33]

..		66	67	68	69
Sw1 [v]		Mhm`	Und ihre Kinder, da haben sie mir vorher was erzählt,		
Pw1 [v]	einfach zuhause!	Ja`			

[34]

70		71
Sw1 [v]	Kommen die Kinder sie auch regelmäßig sie besuchen?	
Pw1 [v]	Nein` das is nicht erlaubt,	

[35]

72		73	74	75
Sw1 [v]	(okay)	00:03:05	(mhm)	
Pw1 [v]		also Kinder dürfen erst ab vierzehn Jahren,	auf die	
Pw1 [nv]	<i>Klappern im Hintergrund</i>			

[36]

	..	76		77
Sw1 [v]				Mhm`
Pw1 [v]		Station, wobei s manchmal/manche Ärzte Handhaben das etwas lockerer,		

[37]

	78	79	80
Pw1 [v]	Aber • • ich hab für mich beschlossen, mir is es lieber sie kommen nicht, weil ((1s))		

[38]

	..	81	82
Pw1 [v]		ich auch nicht so belastbar bin, und ich einfach auch äh...ich reagier sehr stark	
Pw1 [nv]		<i>EA</i>	

[39]

	..	83	84
Pw1 [v]		auch auf die eine Chemo, und ich bin einfach wie unter Drogen! Und das möcht ich	

[40]

	..	85
Pw1 [v]		meinen Kindern nicht zumuten, dass sie/dass würde für mich auch eine große

[41]

	..	86	87	88
Sw1 [v]				Mhm`
Pw1 [v]		Kraftanstrengung bedeuten dann, NORMAL zu sein, also mich zu konzentrieren,		

[42]

	89	90	91
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]		und das wär zu viel, (oder) da bin ich aufgeschwemmt vom Wasser ((1s)) und das is	

[43]

	..	92	93	94
Sw1 [v]		Mhm`		Und wissen die Kinder grundsätzlich
Pw1 [v]		einfach zu viel für die Kinder!	Ja`	
Pw1 [nv]			<i>leiser</i>	

[44]

	..	95	96	97	98	99
Sw1 [v]		Bescheid, wieso sie im Spital sind?		Okay, Also der Kleinste (_____)		
Pw1 [v]			Ja!			Ja´ der
Pw1 [nv]			<i>sehr bestimmt</i>			

[45]

.. 100 101 102
Sw1 [v] Okay`
Pw1 [v] Kleinste macht das sehr toll, er kommt immer dann, wenn ich nach hause

[46]

.. 103 104
Pw1 [v] komm, schaut er nach ob das Pflaster da ist vom (Vor_)` und Mama Aua und weiß

[47]

.. 105 106 107 108
Pw1 [v] Bescheid, aber ich hab das Gefühl, es beängstigt ihn nicht` Also er weiß, er muss

[48]

.. 109 110 111
00:04:14
Pw1 [v] aufpassen da auf der Seite, (wegen dem) Tumor, Weil s mir da weh tut. Aber i/wir

[49]

.. 112 113
Sw1 [v] Mhm`
Pw1 [v] ham die Kinder denk ich ganz gut vorbereitet, und • das auch alles

[50]

.. 114 115
Pw1 [v] eigentlich sehr humorvoll, läuft das bei uns ab. Also/es is jetzt nicht die Krankheit

[51]

.. 116 117 118
Sw1 [v] Mhm`
Pw1 [v] als die große Bedrohung, ich seh das auch nicht so, für mich is das einfach

[52]

.. 119 120 121
Sw1 [v] Mhm`
Pw1 [v] das is der Tumor, und der wird bekämpft oder ja ((2s)) behandelt. Sag ma so.

[53]

.. 122 123
Pw1 [v] Also ich seh mich jetzt nicht als ganzer krebskrank. Das is natürlich ein großer

[54]

.. 124
Sw1 [v] Mhm` Ham sie sich so quasi ein ein Lebensmotto zugelegt?
Pw1 [v] Unterschied mental,

[55]

125 126
Sw1 [v] Oder...
Pw1 [v] ((2s)) Ich freu mich einfach auf das was ich jetzt für mich machen kann,

[56]

127 128 129
Sw1 [v] (mhm)
Pw1 [v] ich muss auch sagen, ich hab mich witzigerweise seit der seit der Diagnose sehr

[57]

.. 130 131 132
Sw1 [v] (mhm)
Pw1 [v] erholt, weil vorher war ich für alles allein zuständig, und war • einfach auch total

[58]

.. 133 134
Pw1 [v] überlastet ja, und seit der Diagnose sind plötzlich alle da und ich muss das nicht

[59]

.. 135 136
Pw1 [v] mehr alleine schaffen, ja es wird mir alles rundherum abgenommen, und ich bin 00:05:18

[60]

137 138
Pw1 [v] nur für das zuständig was ich quasi machen möchte, und dadurch bin ich einfach zur

[61]

.. 139 140 141
Sw1 [v] mhm`
Pw1 [v] Ruhe gekommen innerlich auch, ich hab mal Zeit für mich, und und • (äh) ja •

[62]

.. 145 146
Sw1 [v] mhm` ((2s)) Ham Sie
Pw1 [v] kann mich gut mental auch • beschäftigen und und und vorbereiten,

[63]

.. 147

Sw1 [v] schon irgendwelche Ziele oder ham Sie sich was überlegt, was Sie danach machen

[64]

.. 148 149

Sw1 [v] wollen? (unverst.)

Pw1 [v] Ich werde auf jeden Fall • äh werd ich nicht mehr zurückgehen in meinen

[65]

.. 150 151

Sw1 [v] Mhm^^

Pw1 [v] alten Beruf, und möchte ich weiß noch nicht genau in welche Richtung,

[66]

152 153 154 155

Sw1 [v] Okay` Als was ham Sie vorher gearbeitet?

Pw1 [v] mich einfach umschulen lassen. Ja`

[67]

156 157 158 159 160 161

Sw1 [v] ((1s)) Okay` 00:06:00 mhm`

Pw1 [v] Im Kindergarten, Und das möcht ich SO nicht mehr machen! Ja`

Pw1 [nv] *leise*

[68]

162 163 164 165

Sw1 [v] Also das heißt Sie werden neue Wege einschlagen? 00:06:05

Pw1 [v] Ja` ! Ganz bestimmt, jetzt ist

[69]

.. 166 167

Pw1 [v] der Mut auch da! Der vorher nicht/wie geht wie soll ich s machen? Wie soll ich s

[70]

.. 168 169 170

Sw1 [v] Mhm^^

Pw1 [v] organisieren? Aber ich seh das geht, ja! Die Unterstützung ist auch da,

[71]

	171	172	173	174
Sw1 [v]		Mhm`		
Pw1 [v]	((1s)) und das hat mir großen Mut gemacht,		auch zu sehen, dass es jetzt	

[72]

	..	175	176	177	178
Sw1 [v]			mhm		
Pw1 [v]	SUPER läuft, dass es den Kindern gut geht und das alles gut organisiert ist. Ist				

[73]

	..	179	180
Sw1 [v]		mhm	
Pw1 [v]	schon eine große Entlastung und	da bin ich sicher in einer privilegierten	

[74]

	..	181	182
Sw1 [v]			Das heißt Sie haben Unterstützung
Pw1 [v]	Situation, dass die Familie so • DA is und ...		

[75]

	..	183	184	185	186	187	188
Sw1 [v]		auch also im	weiteren Kreis, oder?				
Pw1 [v]		JA! JA!		Ja!	Es sind ALLE da!	Es is alles organisiert,	

[76]

	189	190	191
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	ich muss auch nie allein sein mit den Kindern,		ähm falls es mir körperlich

[77]

	..	192	193
Pw1 [v]	einfach nicht gut geht, weil man das nie so sagen kann, das wechselt oft sehr		

[78]

	..	194
Pw1 [v]	schnell, und dann wär ich einfach mit den/mit der Betreuung der kleinen Kinder	

[79]

	..	195	196
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	sehr überfordert!	Das heißt es is immer jemand da und ich kann übernehmen	

[80]

	..	197	198	199
		00:07:00		
Sw1 [v]			Wie geht s Ihnen mit der Maske?Jetzt?	
Pw1 [v]		was ich möchte! ((2s)) (die meiste Zeit)		

[81]

	200	201	202	203
Sw1 [v]	Is es jetzt	bisschen leichter jetzt zu reden?	Oder is jetzt irgendwie ...	Und auch
Pw1 [v]	Gut, es geht ja es geht		(Es ist okay')	

[82]

	..	204	205
Sw1 [v]		das gegenüber, weil ich jetzt die dunkle Maske hab?	
Pw1 [v]			Das stört mich gar nicht, weil

[83]

	206	207	208	209
Sw1 [v]	Okay, Also Sie haben INTUITIV	die helle Maske gewählt?	Ähm hat das für sie	
Pw1 [v]			Ja`	

[84]

	..	210	211	212	213
Sw1 [v]		irgendeine Bedeutung?	Die helle Maske?		
Pw1 [v]		mhm`	Ich versuch einfach/•	JA ich schau schon	

[85]

	..	214	215
		00:07:24	
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	mehr auf Farben!	Also ich schau dass das schwarze • • es is/es is ja witzig,	

[86]

	216	217
Pw1 [v]	weil man sieht s ja nicht mit der Maske,aber das schwarze macht einfach so blass	
Pw1 [nv]		

[87]

	..	218	219
Sw1 [v]		Mhm`	
Pw1 [v]	und ich bin einfach so blass durch den Blutmangel, dass	ich mir gedacht hab,	
Pw1 [nv]	<i>leise lachend</i>		

[88]

	220	221	222
Sw1 [v]			Ja`
Pw1 [v]	das schmeichelt mir nicht sonderlich, obwohl man s ja eh so nicht sieht, ja`		

[89]

	223	224	225	226	227
			00:07:45		
Sw1 [v]	Man	sieht ja überhaupt keine Regungen!		Im Gesicht vom Gegenüber	
Sw1 [nv]				<i>lachend</i>	
Pw1 [v]			Ja!		Ja`
Pw1 [nv]	<i>räuspert sich</i>				

[90]

	228	229	230	231
Sw1 [v]	und das is halt eine () Situation.			
Pw1 [v]	ja genau	An den Augen	sieht man, ja`ja`.	An den Augen die das das

[91]

	..	232	233	234
Sw1 [v]		Mhm`		Mhm`
Pw1 [v]	Vertrauen ausstrahlen, () (Stört) das Ganze nimmt man gar nicht wahr,			

[92]

	235	236	237
			00:08:00
Sw1 [v]		((1s)) Ähm ham Sie äh noch irgendwelche Fragen?	Wollen Sie
Pw1 [v]	die Maske,		

[93]

	..	238	239
Sw1 [v]	vielleicht noch was mit den Masken ausprobieren? Oder?		
Pw1 [v]			((2s)) Nein für mich
Pw1 [nv]			<i>lachend</i>

[94]

	..	240	241	242	243
Sw1 [v]		Okay`		Ich glaub das ist für uns eben,	
Pw1 [v]	spielen die Masken gar nicht so		eine Rolle! Ja`		
Pw1 [nv]			<i>lachend</i>		

[95]

	244	245	246	247
Sw1 [v]	weil das ein Experiment ist vielleicht			()
Pw1 [v]	Mhm` ((2s)) Ob s mit ob s wenn Sie eine			

[96]

	..	248	249	250
Sw1 [v]				Mhm`
Pw1 [v]	andere aufsetzen, ob das auf mich eine andere Wirkung hat oder? (Was			

[97]

	..	251	252
Sw1 [v]	Oder Sie wollen sich eine neue aussuchen,		
Pw1 [v]	mein)/ Können Sie gerne machen.		Wie

[98]

	..	253254	255
Sw1 [v]	Ja!		Oder SIE setzen MIR eine
Pw1 [v]	ich mich dann fühle? Auch wenn ich s gar nicht seh?		

[99]

	..	256	257	258	259
Sw1 [v]	auf?		00:08:31	Ja? ()	Jetzt hab
Pw1 [v]	Ok/Ja können wir gern machen,				
[k]	<i>Patientin und Gesprächsführerin stehen auf Gemeint ist</i>				

[100]

	..	260
Sw1 [v]	ich s gar nicht eingesteckt!	
Pw1 [v]	Na is egal, es	
[k]	<i>der mobile Infusionsspender, der an eine Steckdose angesteckt werden muss, wenn der Akku leer ist.</i>	

[101]

	..	261	262	263	264
Sw1 [v]	Okay`				
Pw1 [v]	piepst noch nicht also ()		((1 min))		
[k]	... <i>und verlassen den Raum, um sich neue Masken auszusuchen. Die leisen Stimmen von</i>				

[102]

	..	265
Pw1 [v]	((12s))	
[k]	<i>Sw1 und Pw1 sind vom Gang zu hören. Pw1 und Sw1 kommen zurück in den Seminarraum, Rollen des Infusionsspenders ist</i>	

[103]

	..	266		267
Sw1 [v]				Ja jetzt is es
Sw1 [nv]				<i>lachend</i>
Pw1 [v]				
[k]		<i>zu hören. leises Lachen der anderen StudentInnen wegen der neu ausgewählten Masken..</i>		

[104]

	..	268	269	
Sw1 [v]	(irgendwie) ()			Ist es besser oder schlechter?
Sw1 [nv]				
Pw1 [v]		Ja?		
Pw1 [nv]		<i>lachend</i>		
[k]		<i>Pw1 trägt eine goldene Halbmaske mit Federschmuck, Sw1 eine Clownsmaske.</i>		

[105]

	270		271	272
Sw1 [v]			Okay`	
Pw1 [v]	Is egal, ich schau jetzt mal was passiert,		Na ich seh die Augen jetzt nicht	

[106]

	..	273	274	275	276
Sw1 [v]		Ja`		ich seh auch fast nichts.	
Pw1 [v]	mehr so, (also vorher) waren die Augen			Die Augen, des	
[k]				<i>Gruppe</i>	

[107]

	..	277	278	279	280
Sw1 [v]			Mhm^^		Und Sie
Pw1 [v]	((3s)) es spielt schon im Gespräch natürlich eine		große Rolle ja!		
[k]	<i>lacht</i>				

[108]

Sw1 [v]	ham für Sie jetzt eine dezentere also dezentere quasi nur eine Halbmaske gewählt?
----------------	---

[109]

	281	282	283
Sw1 [v]		Einfach intuitiv oder?	
Pw1 [v]	Ja!		Ja`ich hab mir gedacht das strahlt auch ein bisschen

[110]

	284	285	286
Sw1 [v]			Mhm^^
Pw1 [v]	Lebensfreude aus und bisschen • • ja` was anderes mal, nicht ganz bedeckt, sondern		

[111]

	287	288	289	290
Sw1 [v]			Ja`	
Pw1 [v]	auch mal was zeigen! Und das passt ganz gut zum Aufbruch denk ich mir, Ja`			

[112]

	291	292	293	294	295
Sw1 [v]	Auch von der momentanen Situation, Weil s ihnen so gut geht.				((3s))
Sw1 [nv]					
Pw1 [v]			Ja!	Schon schon,	

[113]

			296
Sw1 [v]	Wollen sie der Clownsmaske im speziellen irgendwas sagen?		
Sw1 [nv]		<i>lacht</i>	
Pw1 [v]			((3s)) Nein, schaut

[114]

		297	298	299
Sw1 [v]		Okay`		
Pw1 [v]	einfach nett aus,	Also es es ändert jetzt nichts, ((2s)) Ja es is schon es is		

[115]

		300	301
Pw1 [v]	schon freundlich doch jetzt schon, wie ich sie so liegen gesehen hab, war s/hat s		

[116]

		302
		00:11:00
Pw1 [v]	mich gar nicht so angesprochen, aber jetzt schaut s doch ((2s)) ja sehr sympatisch(er)	

[117]

	303	304	305
Pw1 [v]	aus, Ja` ((2s)) verspielt,	Also man hat vielleicht einen anderen Zugang,	kann ich ma
Pw1 [nv]			<i>leiser</i>

[118]

	..	306	307	308	309
Sw1 [v]		Ja`	Also	spielen Masken definitiv eine Rolle?	Wenn man jemandem
Pw1 [v]	vorstellen,		(Mhm)		
Pw1 [nv]	werdend				

[119]

	..	310	311
		00:11:23	
Sw1 [v]	gegenüber sitzt?		
Pw1 [v]		((1s)) Ja`	es is natürlich ungewohnt, weil oft(s) kommt man nicht

[120]

	..	312	313	314	315
Sw1 [v]		Ja`		((2s))	Hat ihnen
Pw1 [v]	in diese	Situation, aber ((1s)) ja	es (zeigt) ()	Seiten auch,	Ja`

[121]

	..	316	317
Sw1 [v]	das Gespräch Spaß gemacht?	Ham wir sie ein bisschen vom Alltag ...?	
Pw1 [v]			((1s)) Ja!

[122]

	318	319	320	321
Pw1 [v]	Es tut schon gut, zu reden ja`	((3s)) das ((2s)) ja`	((2s)) ich bin/ich weiß nicht genau	

[123]

	..	322
Pw1 [v]	was das jetzt mit den Masken so auf sich hat (lacht)	also wie • ja` was da jetzt

[124]

	323	324	325
Sw1 [v]	Mhm`		((2s)) Also es is rein auch eine
Pw1 [v]	wirklich das Experiment is dahinter,		

[125]

	..	326	327
Sw1 [v]	Wahrnehmungsgeschichte quasi	wenn jetzt Teile vom Gesicht speziell die Mimik	
Pw1 [v]		Mhm`	

[126]

	..	328	329	330
Sw1 [v]	jetzt auch wegbleibt, wie man dann auf den Gegenüber wirkt? Oder auch was jetzt			
Sw1 [nv]				
Pw1 [v]	Ja`			

[127]

	..	331	332	333
Sw1 [v]	von unserm Publikum` wahrgenommen wird? (Und) Ob sich jetzt was ändert oder			
Sw1 [nv]	<i>lachend</i>			
Pw1 [v]	Ja`			

[128]

	..	334	335
Sw1 [v]	ob sich jetzt was nicht ändert?		
Pw1 [v]	Mhm`` ((4s)) Ja` ((1s)) das Gespräch jetzt mit Maske		

[129]

	..	336	337	338
Sw1 [v]	Ja`			
Pw1 [v]	war halt auch einfach zu kurz, um jetzt irgendwas zu (messen) irgendwas mit			

[130]

	..	339	340
Sw1 [v]	((2s)) Aber ich danke ihnen,		
Pw1 [v]	Maske jetzt ja` ((1,5s)) Um das jetzt so zu beurteilen,		

[131]

	341	342	343	344
	00:12:34			
Sw1 [v]	dass sie sich bereitwillig zur Verfügung gestellt haben, das ausprobiert haben,			
Pw1 [v]	Ja gerne!			
Pw1 [nv]	<i>lacht</i>			

[132]

	345	346	347	348	349
Sw1 [v]	und ((1s)) ich werd sie dann runterbegleiten				
Pw1 [v]	Gerne`	bringen sie mich wieder runter		auf die	

[133]

	350 351	352	353
		00:12:47	
Sw1 [v]			
Pw1 [v]	Station, ja`	Dankeschön!	Wiedersehn!
Pw1 [nv]		<i>leiser</i>	<i>leiser</i>
[k]		<i>Gruppe bedankt und verabschiedet sich von Pw1. Pw1 steht auf und verlässt den</i>	

[134]

	354
	00:12:56
[k]	<i>Seminarraum, Pw1 begleitet sie. Ende der Aufnahme</i>

9.2. Gespräch 7512

Project Name: Diplomarbeit
Transcription Convention: HIAT

User defined attributes:

Station: AKH Onkologie
Datum der Aufnahme: 7.5.2012
Länge des Gesprächs: 10:33

Speakertable

Sm2

Sex: m
Comment: Gesprächsführer: Medizinstudent

Pm2

Sex: m
Comment: Patient

Transkriptionskonventionen:

nach HIAT: ((xs)) : Pause von x Sekunden
.: kurze Pause von weniger als 0,5 Sek.
..; Pause zwischen 0,5 Sek. und 1 Sekunde
(____) : unverständlich
(abc) : vermeintlicher Wortlaut
AA : betonte Aussprache
a` : fallender Intonationsverlauf
a´ : steigender Intonationsverlauf
a^ : steigend-fallend
a¨ : fallend-steigend
, : am Satzende abfallend
... : Satz wird nicht beendet
a:b : lang gezogener Wortlaut
in Kommentarzeile [k] : TE : tiefes Einatmen
EA : Einatmen
AA : Ausatmen

Sw1[v]: Wortlaut von Sw1

Pw1[k]: Kommentarzeile zu Wortlaut von Pw1

Sw1[v] und Pw1[v] überlappend: gleichzeitiges Sprechen

[1]

	0	1	2
	00:00:00	00:00:06	
Sm2 [v]		Ähm, wie geht s ihnen denn heut Hr. Pm2?	
Pm2 [v]			
[k]	<i>Man hört Diplomandin: So, jetzt geht s! Danke!</i>		

[2]

	3	4
Sm2 [v]	((1s)) Ähm sie san seit letzter Wochen hier?	
Pm2 [v]	Momentan geht s ma ganz guat!	Seit
[k]	<i>Laute Hintergrundgeräusche</i>	

[3]

	5	6
Sm2 [v]	Vorige Woche Donnerstag okay, und äh wie is es so im	
Pm2 [v]	voriger Woche Donnerstag,	

[4]

	7	8	9
Sm2 [v]	AKH allgemein, der Aufenthalt?		
Pm2 [v]	((3,5s)) Ja sicher net schlecht, aber die		
Pm2 [nv]	<i>TE/TA</i>		

[5]

	10	11
Sm2 [v]	Okay`	Von der Ausstattung her so?
Sm2 [nv]	<i>EA</i>	
Pm2 [v]	Räumlichkeiten san irgendwie bedrückend.	

[6]

	12	13	14	15
Sm2 [v]		Ja okay`	Und die Schwestern, das Personal?	
Pm2 [v]	Na weil s ja ois eng is irgendwie,			Des is ois

[7]

	16	17	18	19	20
Sm2 [v]	Ärzte?		Das Essen?		
Sm2 [nv]					<i>lacht</i>
Pm2 [v]	okay, da kann man nix sagen, des is oils okay!			Das Essen net.	

[8]

	21	22	23
Sm2 [v]		()	
Pm2 [v]	Das Essen is des letzte!		Des is des erste Mal des i beim
Pm2 [nv]	<i>lachend</i>		

[9]

	..	24 25	26
Sm2 [v]			((3s)) Weswegen sans denn
Sm2 [nv]		<i>lacht</i>	
Pm2 [v]	Nachtmahl • den Leberkäs gessen hab.		Des Essen...

[10]

	..	27	28
Sm2 [v]	hier?		
Pm2 [v]		((2s)) I (hab n/bin) Krebs, Prostatakrebs mit Ausstrahlungen, ((2s)) und durch	

[11]

	..	29	
Pm2 [v]	die Chemo is mei ganzes Bluat schlecht wordn. Hab aber nebenbei a a		

[12]

	..	30	
Sm2 [v]		((1s)) Mhm` und jetzt aufgenommen ursprünglich sans	
Pm2 [v]	Lungenentzündung aa kriagt,		

[13]

	..	31	
Sm2 [v]	jetzt wordn weg`eam Krebs?		
Pm2 [v]		Na i bin aufgenommen wurdn am Donnerstag/ i war	

[14]

	..	32 33	
Sm2 [v]		Okay,	
Pm2 [v]	normalerweise hätt i a Chemo kriagt,		aber durch des dass mei Bluat net in

[15]

	..	34	35
Sm2 [v]			Mhm`
Pm2 [v]	Ordnung wor, ((2s)) hams mi da aufgeschickt und i bin aufgenommen wurdn.		

[16]

	..	36
Sm2 [v]	und jetzt arbeitens da gegen die Lungenentzündung?	
Pm2 [v]	Gegen die Lungenentzündung,	

[17]

	.37	38	39	40
Sm2 [v]	Okay'			
Pm2 [v]	Antibiotika, und a Bluat hab i kriagt, dass da Bluatbefund wieder in Ordnung			

[18]

	..	41
Sm2 [v]	Mhm` ((2s)) Kennt/äh ham die Ärzte was sagen können über des	
Pm2 [v]	wird,	

[19]

	..	42	43
Sm2 [v]	zusammenhängen? Die Krebstherapie und die die Lungenentzündung? Oder is		

[20]

	..	44	45	46
Sm2 [v]	des? Ja`			
Pm2 [v]	Des is/sei a (Immunschwäch) ja, hat ma oft, bei ana Chemo hat ma a			

[21]

	..	47	48
Sm2 [v]	00:02:00	Seit wie lang ham s denn den Krebs?	
Pm2 [v]	Immunschwäche! (Is) Jetzta scho des dritte		

[22]

	..	49	50	51	52
Sm2 [v]	S dritte Johr, Ja! des is				
Pm2 [v]	Johr` was ma feststellt, wie lang dass i n hab waß i net,				
Pm2 [nv]	<i>lacht</i>				

[23]

	..	53	54	55
Sm2 [v]	() des is... Des is klar! Wie san s denn ursprünglich drauf kommen?			
Sm2 [nv]	<i>lachend</i>			
Pm2 [v]	des waß i net			
Pm2 [nv]				

[24]

	56	57	58	59
Sm2 [v]		Okay`	Und...	
Pm2 [v]	I hob net aufs Klo gehen können.		Und	da bin i dann nach Lainz ins
Pm2 [nv]	<i>EA</i>			

[25]

	60	61
Pm2 [v]	Spital gangen, ((2s)) und da hab i n Katheder gsetzt kriagt, ((1s)) und d (Arzt) hat	

[26]

	62	63
Pm2 [v]	gsagt, na guat in zwa Wochen geht s eh wieder, und hat ma den Katheder wieder	

[27]

	64	65	66
Sm2 [v]		((0,5s)) Okay`	
Sm2 [nv]		<i>EA</i>	
Pm2 [v]	ausegeben und is nix ...		und dann is ma drauf kommen, was mit

[28]

	67	68
Sm2 [v]		Mhm` ((1s)) Und seit dem kriagen s Chemotherapien?
Pm2 [v]	mir eigentlich los is.	Naja

[29]

	69	70
Sm2 [v]		Mhm`
Pm2 [v]	() da war i zerst no so beim U/Urologen, und dann in Lainz war i, na`	

[30]

	71	72	73
Pm2 [v]	a Zeit, und da Urologe hat ma dann empfohlen, dass i da mal ins AKH einigeh,		

[31]

	74	75
Pm2 [v]	weil () die Werte gstiegen san, und jetzt bin i seit vorigem Jahr da im AKH.	

[32]

	76	77	78
Sm2 [v]			
Pm2 [v]	<i>00:03:01</i>		
Sm2 [v]	Okay` Und äh wieviel äh Durchgänge ham s da machen müssen? An der Chemo,		

[33]

.. 79 80
00:03:09
Sm2 [v] oder?
Pm2 [v] Naja zwa komplette Chemo (), und die dritte Chemo die was i jetza was i

[34]

.. 81 82 83
Sm2 [v] Okay` Ham s bestrahlen a no müssen?
Pm2 [v] anfangt hab, die hab i abbrechen müssen.

[35]

84 85 86
Sm2 [v] ((1,5s)) Äh ahm Studie?
Pm2 [v] Bestrahlung hat s a amal gegeben, im Laufe der Studie.

[36]

87 88 89 90
Sm2 [v] Aha speziel/a spezielle Studie?
Pm2 [v] Mhm, i war zwamal in der Studie drinn. Ja` Chemo

[37]

.. 91 92 93
Sm2 [v] Okay`
Pm2 [v] war des, a spezielle Studie is des. Und des auf a () a a Bestrahlung zu

[38]

.. 94 95 96
00:03:30
Sm2 [v] Mhm` Und ah/ (wo war i) •• da äh • wie is des äh vo/vorher? Haben sie
Sm2 [nv] *schaut auf seinen Zettel*
Pm2 [v] dem,

[39]

.. 97 98 99
Sm2 [v] vorher schon Erkrankungen schwere, im Lauf ihres Lebens? Oder?
Pm2 [v] Ja, schwere

[40]

.. 100
Pm2 [v] Erkrankungen hab i scho ghabt, des is was i/des zahlt sie mei ganzes Leben durch!

[41]

	101	102	103	104	105
Sm2 [v]		Aso'!		Okay`	Aber
Pm2 [v]	Kann ma sagen,		Ja` • aber i hab des nie so tragisch gnummen.		

[42]

	..	106	107		
Sm2 [v]	was war da zum Beispiel dabei?				
Pm2 [v]		Njo a	Magenoperation, dann fangt s ja eigentlich scho		

[43]

	..	108	109	110	111
Sm2 [v]				Ah okay`	
Pm2 [v]	mit fünf Johrn an, mit Kinderlähmung, s fangts an sich an.				ziagt sie durchs

[44]

	..	112	113	114	
		<i>00:04:05</i>			
Sm2 [v]		Okay`		((2s)) Und ham	
Pm2 [v]	ganze Leben eigentlich.		Hab an schweren Unfall no ghabt,		

[45]

	..				
Sm2 [v]	sie jetzt auch noch zusätzliche Erkrankungen zur Lungenentzündung und zum				

[46]

	..	115	116	117	
Sm2 [v]	Krebs dazu?		Nix? Okay`	Und sie ham gsagt der Krebs der	
Pm2 [v]		Na momentan hob i nix!			

[47]

	..	118	119	120	121
Sm2 [v]	strahlt aus?			Ja und (äh) wo? Oder wo ham s	
Pm2 [v]		Ja der hat Ausstrahlungen, Metastasen.			

[48]

	..	122			
Sm2 [v]	die bekommen?				
Pm2 [v]		Naja die hab i eigentlich in der Leistengegend Schultergegend,			

[49]

	123	124	125
Sm2 [v]		Mhm` Und erst seit seit kü/kürzerem oder scho	
Pm2 [v]	und jetzt a (no) in der Lungen,		
[k]	<i>Räuspern aus der Gruppe</i>		

[50]

	126	127	128	129
Sm2 [v]	länger?		Ah ah,	
Pm2 [v]	Die Ausstrahlungen warn gleich dabei, von hausaus.		durch des war ja	

[51]

	130	131	132
Sm2 [v]		Okay` ((4s)) Äh nehmen s	
Sm2 [nv]		<i>schaut auf seinen Zettel</i>	
Pm2 [v]	irreperabel, hat ma jo den Krebs net operieren können,		

[52]

	133	134	135
Sm2 [v]	jetzt/ aso i mein, ich nehme an dass sie Medikamente nehmen,	äh sehr viel?	
Sm2 [nv]			
Pm2 [v]		Ja`	

[53]

	136	137	138	139
Sm2 [v]		Okay` wi/wissen s ungefähr wogegen alles oder? ()		
Sm2 [nv]			<i>lacht</i>	
Pm2 [v]	SEHR viele!		San so viel	

[54]

	140
Sm2 [v]	Okay` äh vom Krebs her oder von der Lungenentzündung?
Pm2 [v]	Schmerztabletten,

[55]

	141	142	143
Sm2 [v]		<i>00:05:05</i>	
Sm2 [nv]		<i>leise</i>	
Pm2 [v]	Naja die san vom Krebs her san die Schmerzen.		

[56]

	144	145	146
Sm2 [v]	frogn derf, wie alt sind denn sie?		Siebenundsechzig okay`
Pm2 [v]		I bin siebenasechzig!	

[57]

	147	148 149	150 151	152
Sm2 [v]	Äh im Ruhestand nehm ich an?	Ham sie vorher gearbeitet?	Als was?	
Pm2 [v]		Ja!	Ja!	

[58]

	153	154	155
Sm2 [v]	Maschinenarbeiter okay` Und wo?		
Pm2 [v]	Maschinenarbeiter.		Bei der Firma Ka() in

[59]

	156	157	158
Sm2 [v]	Okay` Und wo/was ham sie dort gmacht?		
Pm2 [v]	Hernals.		Verpackungsmaterial is dort

[60]

	159	160	161
Sm2 [v]	Aha okay` Des äh ham sie ihr Leben lang gmacht oder?		
Pm2 [v]	erzeugt worn,		Sehr lang.
Pm2 [nv]			EA

[61]

	162	163	164
Sm2 [v]	Sehr lang.		
Pm2 [v]		Über zwanzg Johr!(_____)	vorher hab i a vieles andere
Pm2 [nv]			

[62]

	165	166 167	168
Sm2 [v]	Mhm` ((2s)) und äh ham sie Familie?	Ähm Gattin?	
Pm2 [v]	gemacht.	Ja`	Gattin • vier

[63]

	169	170	171
Sm2 [v]	(Pfoa) ((1s)) alle schon erwachsen oder?		
Pm2 [v]	Kinder,	Alle scho erwachsen!	Der Jüngste

[64]

..		172
Sm2 [v]	Und äh •• und gab s schon Krebserkrankungen in ihrer Familie?	
Pm2 [v]	neununddreißg,	

[65]

..		173
Pm2 [v]	Ja was i mi erinnern kann mei Großvater amal hat an Tumor ghabt, Kopftumor,	

[66]

..		174	175	176	177
Sm2 [v]				00:06:22	
Pm2 [v]	was direkte Familie betrifft waß i eigentlich so nix. (Vom Krebs)			Okay`	((2s))
Pm2 [nv]			<i>sehr leise</i>		

[67]

..	
Sm2 [v]	U:nd äh wie äh wie w/war des wie gingen ihr Gattin und die Kinder und so weiter

[68]

..		178	179
Sm2 [v]	um mit wie die Diagnose damals kam? Dass sie Krebs haben...		
Pm2 [v]	Ma frogt (besser),		Aso wir ham ja

[69]

..		180	181
Sm2 [v]	Aso vorher schon		
Pm2 [v]	die Vermutung scho ghabt,	die Vermutung ghabt, naja ma sieht	
Pm2 [nv]		<i>wirklich Pm2?!</i>	

[70]

..		182	183
Sm2 [v]	Okay`okay` Und dann war s sozusagen nur noch die die		
Pm2 [v]	des ja am Vorgang,		
Pm2 [nv]			

[71]

..		184	185
Sm2 [v]	Feststellung		
Pm2 [v]	() des is a Feststellung, aber sie ham gwusst dass i nie		

[72]

.. 186

Pm2 [v] was gsagt hab dass i irgendwo Schmerzen ghabt hab oder irgendsowas des hat s bei

[73]

.. 187 188

Sm2 [v] U/und wie is ihnen selber dabei gangen? Als sie ghört ham dass des

Pm2 [v] mir net geben,

[74]

.. 189 190

Sm2 [v] Krebs ist? Okay` • und net irgendwie

Pm2 [v] Na mei Vermutung hat sich bestätigt,

[75]

.. 191

Sm2 [v] geschockt oder so wei...

Pm2 [v] Sicher ma ma • • leichten Schock hat ma trotz allem

[76]

.. 192

00:07:23

Sm2 [v] Okay` ((3s)) U:nd äh ihr seit/seit

Pm2 [v] obwohl ma s sicher waß ma hat ihn trotzdem!

[77]

.. 193

Sm2 [v] dem sie äh diese äh seit dem sie die Krebserkrankung ham, san sie immer wieder

[k] *Info mit Tagesklinik weiß Sm2*

[78]

.. 194 195 196

Sm2 [v] auf der Tagesklinik gwesen? Mhm^^ Und äh

Pm2 [v] Jo! da mach i die Chemo immer,

[k] *noch aus dem Vorgespräch mit dem Patienten.*

[79]

.. 197 198

Sm2 [v] ansonsten beeinträchtigt sie der Krebs im Leben?

Pm2 [v] Ja sicher, sie san ja nimma mehr

[80]

	..	199	200
Sm2 [v]			Und müssen s a
Pm2 [v]		so fit was des is/die Müdigkeit is jetzt da, die Kraft verlernt ma,	

[81]

	..	201	202	203
Sm2 [v]		zuhause sehr viele Medikamente nehmen?	Genau so? ((1s))	
Pm2 [v]		Jo genau so wia da!		

[82]

	..	204
Sm2 [v]		(Und) Ham s da a Kreislauf/mit m Kreislauf a zum tuan oder?
Pm2 [v]		Nja des war dann mit

[83]

	..	205	206	207
			<i>00:08:00</i>	
Sm2 [v]			Okay`	
Pm2 [v]		der Einlieferung, hab i a mit m Kreislauf a zum tuan ghabt irgendwie,		

[84]

	..	208
Sm2 [v]		((2,5s)) Ähm ((1s)) und äh wie is des mit Bekannten und Freunden? Äh hat sie da

[85]

	..	209
Sm2 [v]		was verändert durch die Krebserkrankung oder is des ...?
Pm2 [v]		Ich nehme an SCHON!

[86]

	210	211	212	213	214	215
Sm2 [v]	Inwiefern?		Ausweichen?		Und kann (____)	
Pm2 [v]		Man weicht irgendwie aus.		Ja`		Man

[87]

	..
Pm2 [v]	nimmt immer no an deß was weiß i irgendwelche Krankheiten ansteckend san,

[88]

	216	217	218
Sm2 [v]		Okay` ham s so den Eindruck gegenüber ...	
Pm2 [v]	und da weicht ma doch a bissl aus.		JO,

[89]

	219	220	221	222	223
Sm2 [v]		Okay' von oin oder?		Großteil. ((3s))	Äh hams
Pm2 [v]	den Eindruck hat ma!		Großteil,		

[90]

	..				
Sm2 [v]	dann/ham s dann ei(gentlich) amal auf der Isolationsstation ver/a Zeit verbringen				

[91]

	..	224	225	226	
Sm2 [v]	müssen?	(_____)	((2s))	Ähm naja wie sieht des jetzt aus bei	
Pm2 [v]	NA (war i net)				

[92]

	..	227		228	
Sm2 [v]	ihnen? Is/Sind die Metastasen oder der Tumor schon kleiner geworden oder?				
Pm2 [v]				NA!	

[93]

	229	230	231		
		00:09:00			
Sm2 [v]	(_____)				
Pm2 [v]	Gibt s ka (_____)				Ma hat versucht das immer am Stillstand zu

[94]

	..	232		233	
Sm2 [v]				Okay` aso	
Pm2 [v]	bringa aber, wie s jetzt aussieht muaß er/wieder gwachsen sei was,				

[95]

	..				
Sm2 [v]	(durch des) äh aso wenn dann höchstens Stillstand und und langsam wachsen tuat				

[96]

	..	234	235		
Sm2 [v]	aber doch?		((2s))	Und äh wie lang müssen s jetzt	
Sm2 [nv]				<i>leiser werdend</i>	
Pm2 [v]	Mhm`er wachst langsam weiter,				

[97]

	..	236	237
Sm2 [v]	no da bleibn im Krankenhaus?		Okay!
Sm2 [nv]			
Pm2 [v]		Ich hoff dass i diese Woche entlassen werd!	

[98]

	238	239
Sm2 [v]	Is dann diese/äh wird dann die äh Chemo wieder in der Tagesklinik gmacht oder ?	
Pm2 [v]		Das weiß ich

[99]

	240	241	242
Pm2 [v]	noch nicht, des muss ich erst besprechen da auf der Station,		wie s dann

[100]

	..	243
Sm2 [v]		((2s)) Was äh glauben sie wie wird s weitergehen mit ihrem Krebs?
Pm2 [v]	weitergeht`	

[101]

	244	245
Pm2 [v]	((3s)) Pff ((3s)) was soi i glaubn,	irgendwann wird amal die Bettlägrigkeit da sein,
Pm2 [nv]	<i>AA</i>	

[102]

	246	247	248	249
Sm2 [v]		Okay`	Is imma schlimma wordn mit der Zeit?	
Pm2 [v]	((1s)) is mei Vermutung!			Es wird

[103]

	..	250	251	252
Sm2 [v]			<i>00:10:00</i>	
Sm2 [nv]			((5s)) NA GUT! Ham sie dann noch an	
Pm2 [v]	schlimma, die Müdigkeit wird imma mehr,		<i>lauter</i>	

[104]

	..	253	254	255	256
Sm2 [v]	mich Fragen?		Eigentlich nicht?		Dann danke ich recht
Sm2 [nv]			<i>wieder leiser</i>		
Pm2 [v]		Eigentlich nicht`		Nein!	

[105]

	257	258	259	260
Sm2 [v]	herzlich für die Bereitschaft,		((2s)) Guat i begleite sie noch hinauf,	
Sm2 [nv]	<i>leiser</i>			
Pm2 [v]	Bitte sehr!	Gerne!		Danke!
Pm2 [nv]	<i>lauter</i>			

[106]

	261	262	263
	00:10:21		00:10:33
Pm2 [v]	Wiedersehn!		
Pm2 [nv]	<i>leiser bzw. von Gruppe übertönt</i>		
[k]	<i>Gruppe verabschiedet sich "Wiedersehen" etc. Pm2 und Sm2 verlassen der Seminarraum Ende der Aufnahme.</i>		

9.3. Gespräch 21512

Project Name: Diplomarbeit

Referenced file: C:\Users\Lisa\Desktop\uni\Dipl\Empirie\Aufnahmen\M_EXT_03.MP3

Transcription Convention: HIAT

User defined attributes:

Station: Onkologie AKH

Datum der Aufnahme: 21.5.2012

Länge des Gesprächs: 33:22

Speakertable

Sw3

Sex: f

Comment: Gesprächsführerin: Medizinstudentin

Pm3

Sex: m

Comment: Patient

SP

Sex: m

Comment: Protokolleur: Psychologiestudent

Transkriptionskonventionen:

nach HIAT:

- ((xs)) : Pause von x Sekunden
- . : kurze Pause von weniger als 0,5 Sek.
- ..; : Pause zwischen 0,5 Sek. und 1 Sekunde
- (____) : unverständlich
- (abc) : vermeintlicher Wortlaut
- AA : betonte Aussprache
- a` : fallender Intonationsverlauf
- a´ : steigender Intonationsverlauf
- a^^ : steigend-fallend
- a^^ : fallend-steigend

, : am Satzende abfallend
 ... : Satz wird nicht beendet
 a:b :lang gezogener Wortlaut
 TE : tiefes Einatmen
 EA : Einatmen
 AA : Ausatmen

in Kommentarzeile [k] : TE : tiefes Einatmen
 EA : Einatmen
 AA : Ausatmen

Sw1[v]: Wortlaut von Sw1

Pw1[k]: Kommentarzeile zu Wortlaut von Pw1

Sw1[v] und Pw1[v] überlappend: gleichzeitiges Sprechen

[1]

	0	1	2
	00:00:00	00:00:03	00:00:09
Pm3 [v]		Geht scho! ((6s)) So probier ma s halt	
Pm3 [nv]	hustet	hustet noch immer	hustet
[k]	Patient hat gleich zu Beginn des Gesprächs starken Hustenanfall		

[2]

	3	4	5
Sw3 [v]	((2s)) Gut äh Herr Pm3?		Genau! Ja richtig s äh fangen sie doch einfach
Pm3 [v]	amal!	Ja`	
Pm3 [nv]	hustet		

[3]

	6
Sw3 [v]	mal an zu erzählen warum sie äh wie sie ins AKH gekommen sind!
Pm3 [v]	Gut des bedingt

[4]

	7
Pm3 [v]	durch eben meine Krankheit, die ursprüngliche Krankheit ist in dem Fall a

[5]

	8	9	10
Sw3 [v]	Mhm`		Mhm`
Pm3 [v]	Mantellymphlipom,	und ((1,5s)) es is im Moment relativ stabil,	

[6]

	11
Pm3 [v]	nur hab i halt im Moment (EA) äh durch die Chemotherapien äh is mein äh

[7]

.. 12 13
Sw3 [v] Mhm^^
Pm3 [v] Immunsystem ziemlich am Boden, und dadurch is die Lunge ein bissl

[8]

.. 14
Pm3 [v] ang/angriffen, aso i hab jetzt die dritte beziehungsweise die vierte
Pm3 [nv] *atmet schwer*

[9]

.. 15 16
Sw3 [v] Mhm^^
Pm3 [v] Lungenentzündung hinter mir, und es is eben noch die () die i hob,
Pm3 [nv]

[10]

. 17 18
Pm3 [v] des wird eben jetzt behandelt im Moment, und wann des abgeklungen is ((3s))
Pm3 [nv] hustet und

[11]

.. 19
Pm3 [v] geht dann wieder die Therapie weiter, mit den (hustet) mit den (hustet)
Pm3 [nv] *räuspert sich*

[12]

.. 20
Pm3 [v] Mantellymphlipom , (hustet) die darin besteht also erstens amal den TUMOR zu

[13]

.. 21 22
Sw3 [v] Mhm^^
Sw3 [nv] *leise*
Pm3 [v] bekämpfen, und dann äh einerseits und andererseits die Lymphknoten die

[14]

.. 23 24
Pm3 [v] wieder dagegen kämpfen, des ins Gleichgewicht zu bringen, aso so wurde es mir

[15]

.. 25 26
Pm3 [v] laienhaft erklärt, und des is eben das große Problem, äh dass der Tumor aso schwer

[16]

.. 27 28
00:02:00
Pm3 [v] zugänglich is, weil er also im Beckenknochen/im Knochenmark liegt, und von dort

[17]

.. 29 30 31
Sw3 [v] Mhm^^ Mhm^^
Pm3 [v] also von außen schwer behandelbar is. Bis fast gor net eigentlich.

[18]

32 33
Pm3 [v] Aso man man ((1s)) was i so mitkriegt hob, is es möglich/oder man versucht es äh

[19]

.. 34
Pm3 [v] durch Knochenmarktransplantationen das hinzukriegen, aber des is eben im

[20]

.. 35
Pm3 [v] Moment nicht spruchreif, weil man versucht des eben auf medikamentösen Weg

[21]

.. 36
Sw3 [v] Mhm^^
Pm3 [v] ((1s)) äh ((1s)) auf auf auf a vernünftige Basis wieder zu kriegen net`

[22]

37 38
Sw3 [v] Äh seit seit wann is des bekannt dass sie das haben?
Pm3 [v] Naja i laborier an dem ganzen

[23]

.. 39 40
Sw3 [v] Mhm^^
Pm3 [v] jetzt drei/zwa zwarahab Johr fast, I glaub jetzt im Juni sans zwa/zwarahab

[24]

.. 41 42 43
Sw3 [v] Und seit dem sind sie in Behandlung?
Pm3 [v] Johr. Seit dem bin i in Behandlung jo!

[25]

Sw3 [v] Mhm^^ Und ähm haben sie schon vorher Chemotherapien bekommen oder is das

[26]

Sw3 [v] die erste?
Pm3 [v] Na des is die die/aso die die i jetzt kriag is eigentlich scho die dritte,

[27]

Sw3 [v] Mhm`
Sw3 [nv] *leise*
Pm3 [v] aso i hab schon äh einige Zyklen hinter mir, aso i waß net wie des von der äh

[28]

Pm3 [v] Behandlungsmethode hier geht, was i so mit kriagt hab, kriegst du zerst a leichtere,

[29]

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] ((1s)) damit man sieht wie wie sprichst du an, wann des nit ((1s)) äh ()

[30]

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] zielführend is wird die nächste versucht. Aso des war jetzt bei mir/ i hab

[31]

Pm3 [v] jetzt die dritte anfangen, und dann so aso wie gsagt da war i dann mit m

[32]

Pm3 [v] Immunsystem scho so äh geschwächt, dass eigentlich aso i hob äh/entschuldigen

[33]

Sw3 [v] Mhm
Sw3 [nv] *sehr leise*
Pm3 [v] wenn a Hendl gnieast hat hab i a Lungenentzündung kriagt, net aso des war

[34]

.. 59 60

Pm3 [v] wirklich scho extrem, wo i jetzt aso die letztn ...naja seit Jänner/seit Dezember

[35]

.. 61

00:04:04

Pm3 [v] laborier i eigentlich aso ständig an der Lungenentzündung, aso mit der mit der Luft

[36]

.. 62 63

Pm3 [v] • herum, und zwischendurch wenn die Bluatwerte schlecht san, krieg i wieder

[37]

.. 64 65

Pm3 [v] Bluttransfusionen, und • • aso do/des is imma a: Wiglwogl, amal die Lungen amal
Pm3 [nv] EA

[38]

.. 66 67

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] des Bluat amal die Lungen amal des Bluat, zeitweis san die • die Bluatwerte

[39]

.. 68

Pm3 [v] da jubeln alle und drei vier Tag später is des wieder komplett umdraht, aso • und

[40]

..

Pm3 [v] niemand waß warum aso • • äh äh sämtliche Ärzte die mi/ äh äh ICH kontaktiert

[41]

.. 69 70 71

Pm3 [v] hab, und umgekehrt die mich, die ham gsagt aso ph was los is mit mir, dass i auf

[42]

.. 72 73 74

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] nix ansprech? Aso die Frage wor, wollen s des ganz genau wissen oder

[43]

.. 75
00:05:00
Pm3 [v] wollen s uns wollens uns ärgern? De san selber irgendwie äh • • na fassungslos

[44]

.. 76
Pm3 [v] kann ma net sagen aber, äh: im im Zweifeln warum warum s net funktioniert net.

[45]

77 78
Pm3 [v] Man sagt normalerweise aso nach der Menge, äh äh Infusionen Transfusionen äh

[46]

..
Pm3 [v] Medikament/medika/medikamentöse Behandlungen SOLLTE äh scho mehr Erfolg

[47]

.. 79 80
Sw3 [v] Und äh ham sie viele/schon viele Bluttransfusionen
Pm3 [v] zu sehn sein (net). Njo so i

[48]

.. 81 82
Sw3 [v] Mhm^^
Pm3 [v] würd sagen ((2s)) (ph) hundertfufzig zwahundert. Wann net scho mehr net.

[49]

..
Sw3 [v] ((3s)) und äh deswegen ham sie auch diese äh das/warten sie auch weiter auf das

[50]

.. 83
Sw3 [v] Blutbild?
Pm3 [v] Schau des äh/des is richtig des wird jedesmal nicht nur wenn i jetzt a

[51]

.. 84 85
00:06:01
Pm3 [v] Bluattransfusion krieg, i hab s zwar kriegt des is des passt jetzt zufällig zam, aber

[52]

.. 86

Pm3 [v] normal aso bin i/äh hab i alle vierzehn Tag äh aso ambulant, wird dann a Blutbild

[53]

.. 87 88 89

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] gmacht, und aso eben dann anhand der Werte, äh die mediku/medikamentöse

[54]

.. 90

Pm3 [v] Zusammenstellung unten gmacht, oder i kumm rauf und krieg meine meine

[55]

.. 91 92 93

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Bluttransfusionen net` Aso die dann eben je nach i waß es net, wia s der

[56]

.. 94 95

Pm3 [v] Organismus vertragt, amoil halten s länger amoil halten s kürzer, aso i hab Zeiten

[57]

.. 96

Pm3 [v] ghabt da habens drei Wochen vier Wochen gehalten, und i hab/i hab Zeiten ghabt da

[58]

.. 97 98 99

Sw3 [v] Mhm` Mhm`
Sw3 [nv] *sehr leise* *sehr leise*
Pm3 [v] warn s nach drei Tag warn die Konserven scho aso im im Kreislauf scho

[59]

100 101 102

Sw3 [v] Ähm was müssen sie momentan
Pm3 [v] wieder kaputt net, () des is eben das Problem.

[60]

.. 103

Sw3 [v] für Medikamente nehmen?
Pm3 [v] ((2s)) Fragen s mi net nach n Namen von de

[61]

.. 104 105
00:07:02
Pm3 [v] Medikamente, weil des wechselt si bei m/bei mir so schnell ab, wia gsagt des is/i

[62]

.. 106
Pm3 [v] kriag entweder so feste in Tablettenform oder eben Infusionen, wann i ehrlich sein

[63]

.. 107
Pm3 [v] soi i frag nimma mehr danach, weil (pha) beeinflussen kann i s sowie so net,
Pm3 [nv] AA

[64]

108 109 110
Sw3 [v] Mhm`
Sw3 [nv] leise
Pm3 [v] und i muass mi drauf verlassen, ah was ma der Arzt verschreibt aso als

[65]

.. 111
Pm3 [v] Voraussetzung wenn er auf der Station arbeit, dass er eigentlich waß was er tuat.

[66]

112 113 114
Sw3 [v] Mhm`` Fühlen sie sich im AKH gut aufgehoben?
Pm3 [v] Jo absolut! ((1s)) Absolut

[67]

.. 115 116 117 118
Sw3 [v] Wie sind die Ärzte hier so? Wie sind die Ärzte hier so?
Pm3 [v] () Bitte? I versteh sie

[68]

.. 119 120 121
Sw3 [v] Wie äh/Wie die Ärzte sind hier so sind? Sind die nett? Ich war selber noch
Pm3 [v] net!

[69]

	122	123	124	125	126	127
Sw3 [v]	nie		hier in () ()			
Pm3 [v]	Na absolut!		Na da gibts aso wie wa/was ma so hört, speziell in			

[70]

	128	129
Pm3 [v]	meiner Generation, i hob ah die Ärzte no kennen glernt, aso des warn diese/diese	

[71]

	130	131
Pm3 [v]	berühmten Götter in weiß, aso der wann er neben dir vorbei gangen is, net amoil	

[72]

	132	133
Sw3 [v]	00:08:01 Mhm`	
Pm3 [v]	registriert dass wer neben ihm is! Aso und heut die die Jungen/aso da liegen	

[73]

	134
Pm3 [v]	Welten dazwischen. Aso san freundlich san normal ansprechbar (bemüht) mit dir,

[74]

	135	136
Pm3 [v]	aso na aso i kann wirklich nix negatives sagen! Aso a wenn ihr da jetzt in der	

[75]

	137	138
Pm3 [v]	Überzahl seids, (lacht) des is tatsächlich so! Aso es is/ und i muass sagen,	
[k]	<i>alle im Raum befindlichen Personen (insg. 3) lachen</i>	

[76]

	139	140
Pm3 [v]	aso des hilft eigentlich wenn du krank bist scho sehr, aso wann dann net	

[77]

	141	142	143
Sw3 [v]	Mhm`		
Sw3 [nv]	<i>leise</i>		
Pm3 [v]	dieser/diese wies eben früher war, dieser dieser Abstand zwischen äh Patienten und		

[78]

.. 144

Pm3 [v] Doktor aso des gibts einfach heut nimma mehr, aso der Doktor/ a guater Arzt oder

[79]

..

Pm3 [v] a guate Schwester passt sie/versucht zumindest si dem Patienten oder dem

[80]

.. 145 146 147

Sw3 [v] Mhm`

Pm3 [v] Menschen anzupassen, und i hob bis jetzt noch nie Probleme ghabt, ((2s)) na

[81]

.. 148

Pm3 [v] so i bin zufrieden i hab nix zu meckern über des • • Personal, wollen ma s so sagen

[82]

.. 149

00:09:02

Sw3 [v] ((2s)) Gut ahm zwischen den den Zyklen der Chemotherapie warn sie immer

Pm3 [v] (lacht)

[83]

.. 150 151

Sw3 [v] da zuhause ...?

Pm3 [v] Najo wie gsagt, i bin imma aso da kann i tuan und lassen was i

[84]

.. 152 153

00:09:13

Pm3 [v] wüll, und naja meistens merk i des eh, aso ein Tag zwa Tag vorher dass i schlapp

[85]

.. 154 155

Sw3 [v] Mhm`

Pm3 [v] bin und und aso kan ((1s))Antrieb hab aso des is/des fangt scho in der Fruah

[86]

.. 156 157

Pm3 [v] äh beim Aufstehen an, i bin a Frühaufsteher gwesen immer, i bin i bin um fünfe

[87]

.. 158 159

Pm3 [v] munter, und bin einfach net fähig dass i dass i aufsteh, ah o waß i bei Sachen an

[88]

.. 160

Pm3 [v] kaffee hinstellen oder was, i waß der is durt und i i bin/i hob die Kraft net den

[89]

.. 161

Pm3 [v] Wüllen net dass i aufsteh und hingeh aso da waß i dann scho, okay jetzt brauch i

[90]

.. 162 163 164 165 166

			<i>00:10:00</i>		
Sw3 [v]		Mhm``		Aso sie fühlen sich schlapp und antriebslos wenn sie	
Pm3 [v]	wieder		a Priserl.		Ja`
Pm3 [nv]			<i>lacht</i>		

[91]

.. 167

Sw3 [v]	die Chemotherapie bekommen haben oder ...?				
Pm3 [v]					Na wenn die wenn die Blutwerte

[92]

.. 168 169

Sw3 [v]		Ah okay.		
Pm3 [v]	schlecht san.		Aso wenn wenn die Trombozyten oder Leukozyten äh des	

[93]

.. 170

Pm3 [v] wechselt ja a, des is ja net immer es san ja net immer nur die roten und die weißen

[94]

.. 171 172 173

Sw3 [v]		Ja`		
Pm3 [v]	die	die die () und wann des schlechter wird, dann merk i des

[95]

.. 174 175

Sw3 [v]		Mhm``	Und dann kommen sie wieder zurück ins
Pm3 [v]	a so an am Allgemeinzustand,	(nen)?	

[96]

.. 176 177
Sw3 [v] Krankenhaus? Kommen sie dann wieder zurück ins Krankenhaus oder?
Pm3 [v] Bitte?

[97]

178 179 180
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Jo na dann komm i meistens unten in d Ambulanz und wird dann ein

[98]

.. 181
Pm3 [v] Blutbild gmacht, und anhand dessen wird dann eben entschieden was dann/was

[99]

.. 182 183
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] weiter passiert, nen? Aber es is in dem ((1s)) fünfundneunzg was heißt

[100]

.. 184 185
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] neunundneunzg Prozent dass i Blutkonserven kriag, und da geht s ma dann

[101]

.. 186 187 188
00:11:00
Sw3 [v] So
Pm3 [v] wieder blitzartig besser aso, wann die ersten Tropfen reinkommen, und i hob

[102]

.. 189 190
Sw3 [v] so schnell (_____)
Pm3 [v] Frischbluat bin/kriag i Forb, bin i unternehmungslustig, so/ja (geht sofort drauf),

[103]

191
Pm3 [v] aber wie gsagt des haltet eben a nur a bestimmte Zeit und wenn des abbaut is,

[104]

192 193 194
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] und es wird vom Körper selbst nix nachproduziert, aso wenn der
[k] *Protokolleur niest*

[105]

.. 195 196
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] Organismus aso praktisch nur von dem was i die die zwa Konserven die i krieg,
[k]

[106]

197 198 199 200
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] und wann die ruiniert san, bin i wieder am Status Quo net aso •• des is leider

[107]

.. 201 202
Pm3 [v] net in Griff z kriegen, dass der Körper selber genug produziert, oder wenn er

[108]

.. 203 204
Pm3 [v] durch die Medikamente produziert, er entweder zu vül oder zu wenig net. Wenn er

[109]

.. 205
Pm3 [v] zu vül im Knochenmark produziert, haun der/die (räuspert sich) die Lymphknoten

[110]

.. 206 207
Pm3 [v] (drein), und wann durtn zwenig produziert wird, dann machen die Lymphknoten

[111]

208 209 210 211
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] die die fressens dann wieder. Aso und und des is net möglich, dass des auf a

[112]

212 213 214 215 216
Sw3 [v] Mhm` N ja`
Sw3 [nv] *leise*
Pm3 [v] Level bracht wird. Bis jetzt halt net. Aber i bin zuversichtlich/ma hat ma

[113]

.. 217
Pm3 [v] eigentlich gsagt, bei ((1s)) ah: Behandlungsbeginn dass des unter Umständen sehr

[114]

.. 218 219 220
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] langwierig sein kann net. Aso drum hab i gsagt i kämpf mi durch bis ((2s)) i

[115]

.. 221
Sw3 [v] Ja` ((2s)) Ähm sie ham vorher
Pm3 [v] vielleicht selber bemerk geht oder geht nimma na`

[116]

..
Sw3 [v] gesagt dass sie ähm dass die Ärzte im Krankenhaus das ihnen das hilft mit der

[117]

.. 222 223 224
Sw3 [v] Krankheit umzugehen, dass die Distanz nicht mehr da is?
Pm3 [v] Na sicher schon, wei wei

[118]

.. 225 226 227
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] ja a vül a wie soll i sagen` a offeneres Verhältnis da is, du kannst mit an

[119]

.. 228 229 230
Sw3 [v] Na` Ja`
Pm3 [v] ()
tschuldigen i wüll da jetzt niemanden beleidigen, mit an normalen Assistenzarzt

[120]

231 232 233
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] äh genau so wia mit am Primar oder mit am Professor ah äh ganz normal

[121]

.. 234 235 236
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] reden, so wie wie i mi jetzt mit ihnen unterhalt oder mit an an Patienten im

[122]

.. 237 23 239 240
8

00:13:00

Sw3 [v]

Ja`

Pm3 [v]

Nebentbett, und wann wann wer einikommt, da ah der Herr Professor, da gibts ka

[123]

.. 241 242

Pm3 [v]

Buckel oder so, Ja hallo Grüß Gott Guten Morgen` der bergüßt dich eigentlich

[124]

.. 243 244

Sw3 [v]

Mhm`

Pm3 [v]

genauso, äh: des is •• find i aso psychologisch gesehen scho sehr wichtig

[125]

.. 245 246

Sw3 [v]

Mhm`

Pm3 [v]

net` Aso net dass er von oben auf dich ((1s)) () was is sagen s ma des,

[126]

247 248 249 250

Sw3 [v]

Mhm`

Mhm`

Pm3 [v]

der redt mit an anderen und lässt sich von ihnen darzählen, du fühlst

[127]

.. 251

Pm3 [v]

dich dann einfach als als Patient net ernst gnommen, wann net richtig

[128]

.. 252 253 254

Sw3 [v]

Mhm`

Mhm`

Pm3 [v]

wahrgnommen net` Und des: •• muss i sagen des hab i mit mehrere

[129]

.255 256

Sw3 [v]

Pm3 [v]

äh Patienten mit denen i im Zimmer war •• aso schon besprochen, aso deß des

[130]

.. 257 258 259
Sw3 [v] Mhm``
Pm3 [v] viele aso scho positiv sehn, aso diese Offenheit von den Ärzten, und und

[131]

.. 260
Pm3 [v] überhaupt vom Personal net? (räuspert sich) Des san eigentlich Sachen die • wenn a

[132]

.. 261
Pm3 [v] Arzt oder ah • • irgendwer dabei is, besprochen werden oder nicht darüber

[133]

.. 262 263
00:14:00
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] gesprochen werden net` Aber des is wie gsagt in zwarahab John (schluckt)

[134]

.. 264 265 266 267
Sw3 [v] Ja` (lacht) (das stimmt)
Pm3 [v] kommt ma mit sehr viel, ah Patientenzam, net` Und da da kommen ja

[135]

.. 268
Pm3 [v] scho oft Gespräche zam wos/wo i dann eigentlich selbst als Patient sag, mhm

[136]

.. 269
Pm3 [v] warum warum wann st ean fragst warum sagst des net a Schwester selber? Naja

[137]

.. 270
Pm3 [v] waß i net ob des angebracht is, des:/da ham vül dann Patienten selber die Skrupel,

[138]

271 272
Pm3 [v] ah wann s zu freundlich san, ah das des wiederum von der Schwester falsch

[139]

.. 273 274
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] auffasst wird. Oder vom Doktor net/i bin ja net aner der hint einekrült

[140]

.. 275 276 277 278
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] oder wa/ sag i du warum? Wenn i freundlich bin zu eam, und er zu mir,

[141]

279 280 281
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] sag i wie ma in Wald einischreit so kummts zruck. Sag i wann wann i dort

[142]

.. 282 283
Pm3 [v] sitz im Bett und und anklog rundherum, wird der Arzt net lang bei mir san, weil a

[143]

.. 284
00:15:00
Pm3 [v] animmt i bin net intressiert an dem was er ma erzählt net` Aso es gibt scho viele

[144]

.. 285 286
Pm3 [v] Gespräche, aber wie gsagt so wie s ((1s)) für mi selber wie i s praktizier, bin i

[145]

.. 287
Sw3 [v] Schön zu hören dass es da so
Pm3 [v] absolut in Ordnung/aso find i absolut in Ordnung.

[146]

.. 288 289 290
Sw3 [v] eine positive Entwicklung gibt! Mhm`
Pm3 [v] Na! Maan Ehre wem Ehre gebührt! Aso

[147]

291 292
Sw3 [v] Was ähm was
Pm3 [v] wenn irgendwas negatives is hätt i s genau so gsagt, nen` (hustet)
Pm3 [nv] 2s

[148]

Sw3 [v] gibt es sonst noch für ähm Dinge die ihnen helfen mit dieser Krankheit umzugehen?

[149]

.293 294 295
Sw3 [v] sie ham sie ja zweieinhalb Jahre is ja schon ...()
Pm3 [v] Naja des des jetzt ham eigentlich

[150]

.. 296
Pm3 [v] hauptsächlich übers übers Spital gsprochen, aso i versuch natürlich aa in meinem

[151]

.. 297
Pm3 [v] privaten Umfeld a ((1s)) mir ((1s)) da bin i halt a Egoist, mir die Krankheit so

[152]

..
Pm3 [v] angenehm wie möglich • zua zua gestalten is vielleicht a blöder Ausdruck dafür

[153]

.. 298 299
00:16::00
Pm3 [v] aber, wia gsagt der Freundeskreis spielt mit, und aso es is dann so wenn d d ma

[154]

.. 300
Pm3 [v] irgendwo hingeh, oder wir essen Heurigen oder sonst irgendwas unternimmt,

[155]

301
Pm3 [v] dass ausschließlich und nur du armer Kranker und und brauchst des und kannst des

[156]

.. 302
Pm3 [v] und is des möglich für di äh, wann i irgendwo hingeh dann wüll i a Umfeld haben

[157]

	..	303	304	305
Sw3 [v]		(das sie nicht mitleiden)		Mhm`
Pm3 [v]	als wenn i nix hätt,		i geh i geh ja net furt dass i	

[158]

	306	307	308
Pm3 [v]	dass i äh a Krankheitsbild erzähl, wie s halt is bei ältere Leut, früher hat ma gredt in		

[159]

	..	309
Pm3 [v]	der Jugend von die Jugendsünden, und heute redt ma halt nur von die Krankheiten,	

[160]

	310	311	312	313
Sw3 [v]	Mhm`			
Pm3 [v]		und äh der Typ bin i eigentlich net, aso i hab s komplett umdraht, i hab a		

[161]

	..	314	315
Sw3 [v]		Mhm`	
Pm3 [v]	junge Frau gheirat,	was ((2s)) aso äh psych/psychologisch gsehn enorm/ a	

[162]

	..	316	317
		00:17:01	
Pm3 [v]	enormer Aufschwung is, aso i hätt s selber net glaubt, aber mir hat des a ((2s)) ein		

[163]

	..	318
Pm3 [v]	alter Bekannter nahe gelegt, der hat gsagt du Tabletten und so Sachen kriegst in	

[164]

	..	319	320
Pm3 [v]	jeder Apotheken, aber i sag da wannst a junge Frau kriegst, nimm da die ((1s)) des		

[165]

	..	321	322
Sw3 [nv]		<i>lacht</i>	
Pm3 [v]	hülft	na schauns Sex is sowieso kaner in mein Zustand machbar und •• sie hat	

[166]

	..	323	324	325
Sw3 [v]		Mhm`		
Pm3 [v]	mi braucht i hab sie braucht,	wir kennen uns jetzt seit •• vier Jahr, und • ham		

[167]

	..	326	327
Pm3 [v] [k]	a guates Verhältnis, und i muaß sagen sie hilft ma, ma hat natürlich/guat wenn ma/		

[168]

	..	328	329	330 331
Sw3 [v] Pm3 [v] [k]	• • vorher war i allein, zeitweise war, Zuhause viel Zeit,		Ja` zum Nachdenken/wann	
	<i>Zettelrascheln</i>	<i>Zettelrascheln</i>		

[169]

	..	332	333	334
Sw3 [v] Pm3 [v]	st dann immer am Abend sitzt, da fallen da scho Sachen ein.		Mhm`	Ah wann st

[170]

	..	335
Pm3 [v]	dann aber zu zweit bist, und in dem Fall aso sie arbeit/arbeitet mit des is des is ka	

[171]

	..	336	337
Pm3 [v]	<i>00:18:02</i>	Arbeit, sie macht mit, und ((3s)) es einiges sogar vieles leichter zum verarbeiten,	

[172]

	338	339	340
Sw3 [v] Pm3 [v]	zum Ertragen als i müsst des allein verarbeiten.		Mhm` Und ((1s)) des versuch i

[173]

	..	341
Sw3 [v] Pm3 [v]	eben dass i des vom vom Spital weg aso dass i den Level so halten kann,	

[174]

	342	343	344
Pm3 [v]	dass dass i an normalen Ablauf hab. Dass dass i net so wie manche, die des net		

[175]

	..	345
Pm3 [v]	verkräften können, kommst ma eine und du glaubst nur (phh) mi kann nix zamhaun,	

[176]

.. 346 347

Pm3 [v] in der Nacht wann st munter wirst, liegt er im Bett und schluchzt und waant äh

[177]

.. 348 349

Pm3 [v] ((1,5s)) des möcht i net, wei des macht mi komplett kaputt nen´ Um den •

[178]

.. 350 351
00:19:04

Pm3 [v] vorz/vorzubeugen ähm wie soll ma s formulieren, könnt i eigentlich sagen, ((3s))

[179]

.. 352 353

Pm3 [v] waß net wie s a anderer sieht, i i bau mei eigene Welt um mich auf, aber es geht in

[180]

.. 354 355

Pm3 [v] dem Zustand ja nur so, i waß i bin net voi • • net voi einsetzbar, äh aso äh für die für

[181]

.. 356 357

Sw3 [v] Mhm`
Sw3 [nv] leise
Pm3 [v] die Umgebung fürn Freundeskreis, aber i versuch zum wenigstens/wenigstens für

[182]

.. 358 359 360

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] mich den Eindruck zu erwecken ne, so schlecht geht s dir ja eh nicht. Und

[183]

.. 361 362

Pm3 [v] des is a so, maan wann i nur mehr herumhader, (AA/seufzt) mit geht s so schlecht

[184]

.. 363 364

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] und des kommt als nächstes und nja was is wann des is und was is wann des is,

[185]

365 366
Pm3 [v] äh i denk über des gar net nach, des war eben auch anfangs von dem Gespräch,

[186]

367 368 369 370 371
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] wie sie mi gfragt ham, na welche äh äh Medikament? Is ma egal, hülfts

[187]

.. 372 373 374
Sw3 [v] Mhm` Mhm`
Pm3 [v] merk i s eh, helfen s net na sag i s nächste Mal m behandelnden Arzt,

[188]

375 376 377
Pm3 [v] aber letztendlich ändern kann i s eh net, aso i muass damit leben. Und des versuch i
00:20:02

[189]

.. 378
Sw3 [v]
Sw3 [nv]
Pm3 [v] eben •• so leichts •• oder so so so angenehm wie möglich zu gestalten nen` .

[190]

..
Sw3 [v] ((1,5s)) Ähm habn sie irgendwelche Freunde verloren oder hat sich irgendetwas
Sw3 [nv]

[191]

.. 379
Sw3 [v] verändert in ihrem Freundeskreis seit die Krankheit kam?
Sw3 [nv] *leiser werdene*
Pm3 [v] Eigentlich net aso i

[192]

.. 380
Pm3 [v] muass sagen, der Großteil ((1s)) äh von die/von den Freundschaften ah hat sie

[193]

.. 381 382
Pm3 [v] gefestigt. Aso ma sieht bei einige/wie sagt ma so schön? Äh du hast viele Bekannte

[194]

	..	383	384	
Sw3 [v]		Mhm`		
Pm3 [v]		in deinem Leben aber wenige Freunde!	Aso grad jetzt •• in der Situation wo	

[195]

	..	385	386	387
Pm3 [v]		i bin, äh hat sie herauskristallisiert, aso die wahren Freund, und ((2s)) die halten		

[196]

	..	388		
Pm3 [v]		hundert Prozent zu mir. Aso des is (schluchzt) kommen ma die Tränen/na aber des		

[197]

	..	389	390	391
Sw3 [v]		<i>00:21:02</i>	Mhm`	
Pm3 [v]		hülft!	Des hülft! Und da hab i gsagt aso ((1,5s)) (seufzt) des is eben erst im	
Pm3 [nv]			<i>weinerlich</i>	

[198]

	..	392	393	394
Sw3 [v]			Mhm`	
Pm3 [v]		Moment so, des i mi/((3s)) versuch aso so is wie s is beizubehalten.	Wei ••	
Pm3 [nv]				

[199]

	..	395		
Pm3 [v]		Freund gibt s net vül. Aso die wann s da dreckig geht (schluchzt) •• da is a je/jeder		
Pm3 [nv]		<i>weinerlich</i>		

[200]

	..	396	397	398
Sw3 [v]				Äh ham sie
Sw3 [nv]				<i>ihellere Stimme</i>
Pm3 [v]		da. ((4s)) Schee ((2s)) dass es so is. ((4s)) Was wollt s no wissen?		

[201]

	..	399	400	401	402	403
Sw3 [v]		Kinder?	Mhm`	Wollen sie dazu noch irgendetwas sagen?		
Sw3 [nv]			<i>etwas zögerlich</i>			
Pm3 [v]		Äh jo. Leider.				Eher net

[202]

.. 404
00:22.02
Sw3 [v] Okay` gut!
Pm3 [v] aso i bin froh wenn i von den ((2s)) äh von der Verwandtschaft nix hör.

[203]

405
Sw3 [v] Ähm: keine Problem ((1s)) ähm was was machen sie so wenn sie zuhause sind?

[204]

406 407
Pm3 [v] Äh ph ganz an normalen äh wie soll i sagen na Haushalt führen, aso äh normales

[205]

.. 408 409
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Eheleben oder Partnerschaft Äh ((2s)) was andere nehm ich an aso au/auch

[206]

.. 410 411 412
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] machen, aso i koch und putzen äh waschen irgendwo hi gehen einkaufen

[207]

.. 413 414
Pm3 [v] oder was, so/solang oder soweit es mein mein Zustand erlaubt, ((3s)) an ganz

[208]

.. 415
Sw3 [v] ((2s)) Und ähm (räuspert sich) was äh was haben sie
Pm3 [v] normalen Lebenswandel net.

[209]

.. 416 417
Sw3 [v] für eine Einstellung zu ihrer Erkrankung? Wie sehn sie das?
Pm3 [v] (EA AA) Äh •• des is

[210]

.. 418 419 420
Sw3 [v] Ne absolut schwierige Frage, so wenn sie die nicht beantw
Pm3 [v] a guate Frage ja. na

[211]

.. 421 422 423
00:23:00
Sw3 [v] ()
Pm3 [v] eigentlich jo, aber ich kann, wie gsagt ich versuche damit umzugehen, i versuch

[212]

.. 424
Pm3 [v] des ganze so so äh humor••voll wie möglich zu nehmen, äh maan Zeit zum

[213]

.. 425 426 427
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Raunzen hab ich wenn s ma schlechter geht genau so, und ((1,5s)) mei Gott

[214]

.. 428 429
Pm3 [v] ich hab SIE halt, ich selber kann s net ändern, und und wer` ma sehn wie lang i

[215]

.. 430 431
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] damit leben muaß oder kann, net aso ((1s)) und die Zeit die i die i hob die ma

[216]

.. 432 433
Pm3 [v] bleibt aso, wenn s wenn s so is, aso n dann i muss mi net auf (hoi)/ois verlassen

[217]

.. 434
Pm3 [v] was ma der Arzt sagt, aber des versuch i halt •• so angenehm wie möglich zu

[218]

.. 435 436
Sw3 [v] ((2s)) Wissen sie wie s in den nächsten Monaten weitergeht?
Pm3 [v] machen nen. Kann

[219]

.. 437 438
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] ma eigentlich net/ aso i glaub des kann ihnen net amoil mei behandelnder Arzt

[220]

.. 439 440

00:24:04

Pm3 [v] sagen, weil wie gsagt des wechselt oft so so krass meine meine Zustände, ((2s))

[221]

..

Pm3 [v] dass er des selber oft net amoil/wei i bin oft i bin/bekomm oft a Bluttransfusion und

[222]

.. 441

Pm3 [v] und bin nach vier Tag scho wieder da, und er fragt mi was machen s scho wieder

[223]

.. 442 443 444

Sw3 [v] Mhm

Pm3 [v] da? Und (dann sag i ihnen) das gibt s net das gibt s net, und dann wird

[224]

.. 445 446

Pm3 [v] wieder Blutprobe aso Bluat wird gmacht, und ja wird schlechter, dann will er

[225]

.. 447 448 449 450 451

Sw3 [v] Ja`

Pm3 [v] natürlich wissen, na was ham s gmacht? Warn s warn s furt? Ham s irgendwas

[226]

.. 452 453

Pm3 [v] anders gmacht? Wie sonst sag i hearn s, Na! I hab ma die Blutkonserven gholt bin

[227]

.. 454 455

Sw3 [v] Ja`

Pm3 [v] nach Haus und äh ((2s)) käm(pf) wie jeden Tag nen. I maan des san eben auch •

[228]

.. 456

Pm3 [v] Sachen mit die • der Arzt hadert und net waß warum s passiert. Warum soll i ma

[229]

.. 457
Pm3 [v] denn den Kopf drüber z'brechen, des is sei Beruf und (lacht) er sollte (),

[230]

458 459 460 461
00:25:00
Sw3 [v] Mhm''
Pm3 [v] aber er is ja a ka Zauberer, aso ((2s)) drum bin i eigentlich im AKH, weil i

[231]

.. 462
Sw3 [v] Mhm''
Pm3 [v] waaß • • dass ka Klinik gibt in Europa die ((1s)) äh die so vül Standard hat ,

[232]

463 464
00:25:17
Pm3 [v] auf an Fleck wie da (räuspert sich/hustet) und folgedessen fühl i mi eigentlich

[233]

.. 465 466
Sw3 [v] Mhm''
Pm3 [v] (hustet) sehr guat aufgehoben do. Des wor eigentlich a der Grund warum i mi da

[234]

.. 467
Pm3 [v] her einliefern hob lassen, wei ma hat ma/aso wie die Krankheit bei mir

[235]

.. 468 469
Pm3 [v] ausgebrochen is, äh wor i/aso wor i in meim Wochenendhaus, und des is eben net

[236]

.. 470
Pm3 [v] weit aso (ins) Burgenland, ((1,4s)) oder ((1s)) wo wollten s mi no hinverfrachten?

[237]

471 472 473
Pm3 [v] ((2,4s)) Aso nach Oberwart, und no a andere Klinik, aso da hob i mi eigentlich

[238]

.. 474
Pm3 [v] strikt dagegen gweigert, und ((1s)) naja der Arzt versprochen er lässt mi extra mit m

[239]

.. 475 476 477
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Hubschrauber hifliegen, hob i gsagt na i fohr mi m Auto aso nach Wien und des

[240]

.. 478 479
00:26:08
Sw3 [v]
Pm3 [v] wor wie gsagt (i) hob s bis heut nicht bereut nen' ((1,9s)) De ganzen Unfälle

[241]

.. 480 481
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] passiern in andre Spitäler aa, wei i bin mit Patienten teilweise zamglegen,

[242]

482 483
Pm3 [v] die ((1s)) IN Wien in de/diversen Spitälern warn, und eigentlich nur negativ gredt

[243]

484 485
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] ham. Aso äh •• wie gsagt des is (eben) was mi was mi dann äh •• beruhigt,

[244]

486 487 488 489
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] deß i waß i bin i bin do. Aso wann ma do kaaner helfen kann, ((1,8s)) is es dann

[245]

.. 490 491
00:26:42
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] eig sowieso besprochen net' Aso ((1,8s)) nehm ich s wi/nehm ich wies

[246]

.. 492

Sw3 [v] ((1,6s)) Und ähm: morgen können sie dann vermutlich wieder nach Hause
Pm3 [v] kommt.

[247]

.. 493 494 495

Sw3 [v] (wenn)...
Pm3 [v] I waaß es net! ((1s)) I waaß i net des liagt net an mir, des is äh: aso

[248]

.. 496

00:27:06

Pm3 [v] manche Tage gibt aso äh das absolut nix funktioniert, aso dass aso ah Blutbild

[249]

.. 497 498 499

Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] gmacht wird, in der Früh und am Abend is es noch nicht fertig. Und auf der

[250]

.. 500 501

Pm3 [v] anderen Seitn, wenn i unten auf der Ambulanz bin, die brauchen a

[251]

.. 502 503

Pm3 [v] Expressbluatbild, des is in zwanzg Minuten fertig. Aso des san Sachen die i • • äh

[252]

.. 504

Pm3 [v] wieder net versteh. Aber ((1s)) wannst kaa Einsicht hast in die in die Materie äh

[253]

.. 505 506

Pm3 [v] maß ich mir nicht an darüber urzuteilen/• zu urteilen, ((1s)) ah es is halt so! Nur is es

[254]

.. 507 508

Pm3 [v] schwer zum verstehn nen? Wei wie ihm drauf angesprochen hab, sag i wie is des

[255]

	..	509	510	511
Pm3 [v]	wann a Unfall kommt, a akut Fall, und die san net die san net in der Lage, in kurzer			

[256]

	..	512
Pm3 [v]	Zeit a Blutbild zu machen, Naja des is was anders des macht wieder a anderes	

[257]

	..	513	514
Pm3 [v]	Labor, mögen s Ausreden sein oder oder auch nicht. Aber • des des is a wie soll ma		

[258]

	..	515	516
Pm3 [v]	sagen, a Geschäftzweig oder oder a Betrieb wie jeder andere, nur halt a großer nen`		

[259]

	..	517	518	519	520
Sw3 [v]	Mhm` ((2s)) (räuspert sich) ((1,7s)) Ähm:				
Pm3 [v]	Aber ((3s)) is so!		Gib i die falschen		

[260]

	..	521	522	523	524
Sw3 [v]	(lacht) Nein es is nein es is halt so ich hab nur eineSache die				
Pm3 [v]	Antworten auf ihre Fragn		(lacht)	(hustet)	

[261]

	..	525	526	527	528
Sw3 [v]	ich nicht so ganz verstanden hab, und zwar, das das Ziel sollte/soll dann				
Pm3 [v]	Mhm`				

[262]

	..	529	530	
Sw3 [v]	irgendwann mal eine Knochenmarktransplantation sein?		Is das so?	
Sw3 [nv]				<i>leiser</i>
Pm3 [v]			Wenn die	

[263]

	..	531	532	533
Sw3 [v]	Okay`			
Pm3 [v]	ganzen Chemo nix mehr (er)reichen, oder nicht er/nichts • rück bewirken, äh hot			

[264]

.. 535 536
Pm3 [v] hot ma mir gsagt, aso dann wird ma versuchen müssen, äh a

[265]

.. 537 538
Pm3 [v] Knochenmarktransplantation, aber es is natürlich schwierig, weil es ja • • äh im/um

[266]

.. 539 540 541 542
Sw3 [v] Ja` () Ja`
Pm3 [v] aso in der Beckenpfanne is net? Sagt er wenn s a Tumor nach außen is,

[267]

543 544 545 546
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] sagt er is er behandelbar, leicht behandelbar, aber wenn es im im im aso im

[268]

.. 547 548
Sw3 [v] Mhm`
Pm3 [v] Knochen drinnen is er sogt ma wir wissen net amal wie weit ((1s)) kömma kömma

[269]

.. 549 550 551
00:29:06
Sw3 [v] Ja`
Pm3 [v] rein, beziehungsweise wie wie weit strahlt er aus? Und des is eben die

[270]

.. 552 553 554
Pm3 [v] Komplikation, aso i nehm an, wenn des net so schwer wäre, wär s vielleicht eh scho

[271]

.. 555 556 557
Sw3 [v] Mhm` Und das ist ein
Pm3 [v] gmacht wordn aber • • des • • dürfte a Riesenproblem sein net`

[272]

.. 558 559
Sw3 [v] Lymphlipom?
Pm3 [v] Lymph/ äh • MANTELLYMPHLIPOM. ((1,6s)) Aso wie wie sagt

[273]

	..	560	561	562
Sw3 [v]			Ah Non Hodgskin! Ja des sagt ma was!	
Pm3 [v]	er no dazu? A non non non Hodginschen			

[274]

	563	564	565	566
Sw3 [v]	Ja` ((1,4s)) Okay` ((1,3s)) (EA) ((2,4s)) Gut! Ähm (räuspert sich) ich hab			
Pm3 [v]	(lacht)			

[275]

	..	567	568
Sw3 [v]	soweit ((2s)) eigentlich keine Fragen mehr,		((1,,6s)) Gibt s noch
Pm3 [v]	((1,7s)) Okay`		(lacht leise)

[276]

	..	569
Sw3 [v]	irgendwas was sie...	
Pm3 [v]	Na ich seh eigentlich dass i jetzt den Fehler gmacht hab,	

[277]

	570	571
Sw3 [v]	Nein das stimmt nicht!	
Pm3 [v]	i hab eigentlich Sachen erzählt die sie glaub i gar net hören wollten ()	

[278]

	572	573	574	575
Sw3 [v]	Das stimmt nicht! Nein ich fand das		ich fand das alles sehr interessant.	
Pm3 [v]	Na?			

[279]

	576	577
	00:30:08	
Pm3 [v]	Aber i hab eigentlich • äh das bewusst so so gmacht, äh dass sie jezt net nur • • den	

[280]

	..	578	579
Pm3 [v]	Patienten sehn, sondern den/äh wie denkt er oder oder wie is er, ((2s)) dass sie a		

[281]

	..	580	581	
Sw3 [v]		Aber	das is das is genau das was wir in den Anamnesegruppen	
Pm3 [v]		anderes Bild kriegn,		

[282]

	..	582	583	584	585
Sw3 [v]		machen, aso sie ham	schon das Ziel sehr genau getroffen. Das is genau das		
Pm3 [v]		()			

[283]

	..	586	587	588	589
Sw3 [v]		was unser Ziel () Patienten () ...Nein wunderbar! Es is			
Pm3 [v]		AH! Na dann beruhigt s mi!		Wei i maan sie sollten	

[284]

	..	590	591	592
Sw3 [v]			Ja'	
Pm3 [v]		eigentlich wissen, äh mit wem sie mit wem sie ihnen unterhalten und i auf meiner		

[285]

	593	594	595	596
Sw3 [v]		()		
Pm3 [v]		Seite will s a wissen! Aber i hab nur gsehn bei ihnen, zeitweis dass äh ((1s)) sich		

[286]

	..	597
Pm3 [v]		schwer getan haben mit der Fragestellung, aso auf meine Antwort und dann a Frage

[287]

	..	598	599
Sw3 [v]			(lacht) () stimmt
Pm3 [v]		stellen, die eigentlich/ i hab vül gretd und nix gsagt nen' (lacht) Und und	
			...

[288]

	..	601	602	603
Sw3 [v]		aber nicht! Nein es...		(lacht)
Pm3 [v]		Und es is schwer da natürlich a Gegenfrage dann zu stellen. (lacht)		

[289]

	604	605	606	
				00:31:05
Sw3 [v]	Äh Nein das stimmt aber nicht, es war war schon gut, es war sehr intressant,			
Sw3 [nv]			<i>leiser</i>	
Pm3 [v]		(hustet)		Gut

[290]

	..	608	609	610
Sw3 [v]		Ja´	auf jeden Fall! Ähm sollen	
Pm3 [v]	des freut mi dass i ihnen • halbwegs helfen konnte!			

[291]

	..	611	
Sw3 [v]	sollen wir dann mal rüber gehen? ((1,3s)) Wenn sie mit (mein)/wenn sie noch ein		
Pm3 [v]	(hustet)		
[k]			<i>gemeint ist in den Seminarraum, wo der Rest der Gruppe in der</i>

[292]

	..	
Sw3 [v]	bisschen Zeit haben mit meinem Kollegen rüber zu gehen und vielleicht das	
[k]	<i>Zwischenzeit wartet.</i>	

[293]

	..	612
Sw3 [v]	Gespräch noch mal ähm kurz • für die andern • zu • rekapitulieren?	
Pm3 [v]		Mhm´
[k]		

[294]

	613	614	615	616
Pm3 [v]	Wer äh wer (hat) dann die Fragestellung? Sie oder?			
SP [v]	Genau!			Genau aso
SP [nv]	<i>leise aus dem Hintergrund</i>			

[295]

	617	618	619	620
Pm3 [v]	Mhm´		Mhm´	
SP [v]	ich	hab das jetzt so ein bisschen mitgeschrieben,		und (hab) dann

[296]

	..	621
SP [v]	einfach ein paar so An/Anhaltspunkte, es geht so ein bisschen darum was sie von	

[297]

	622	623	624	625
Sw3 [v]		((1s)) Genau!		
Pm3 [v]			Mhm`	
SP [v]	ihrem Gespräch erinnern auch, und was		und ähmSw3 von dem	

[298]

	626	627
Pm3 [v]		Na wir ham uns beide schwer getan,
SP [v]	Gespräch halt erinnert, und einfach so ... ()	

[299]

	628	629	630
Sw3 [v]	(lacht)		
Pm3 [v]	weil wir ham uns überlegen müssen, äh •• was gib i für Antwort, die für sie		

[300]

	631	632	633
Pm3 [v]	relevant is, und äh äh aso des san alles eigentlich Spontangespräche gwesen aso		
SP [v]		Mhm`	

[301]

	634	635
Pm3 [v]	wie fallts ma jetzt ein und und •• is des richtige? Intressiert s des? Aber nachdem i	

[302]

	636	637	638
Pm3 [v]	ja net präzise gewusst hab, WAS sie wirklich wissen will,		aso hab i des
SP [v]		Mhm`	

[303]

	639	640	641
Sw3 [v]		Ja!	
Pm3 [v]	ganze irgendwie als als (ph) •• äh Allgemeingespräch...		äh
SP [v]		Ja`	

[304]

	642	643	644
Sw3 [v]		(das) ...	
SP [v]	Aber das is () () das is ja auch das is je ne Übungsgruppe!		

[305]

	645	646	647
Pm3 [v]		Mhm`	
SP [v]	Wir machen so ein Gespräch das erste Mal,		es gibt sicherlich verschiedene

[306]

	648	649
Pm3 [v]		Naja i bin s
SP [v]	Arten das zu machen, ich glaube so wie Sw3 das gemacht hat...	

[307]

	650	651
Sw3 [v]	(lacht)	
Pm3 [v]	eigentlich a net gwehnt, so Gruppengespräche aber äh...	
SP [v]		Na sie müssen konkret

[308]

	652	653
Pm3 [v]		Mhm` Des haßt i hab
SP [v]	dann so auch für sie so is dann halt so ne Gruppe da und da...	

[309]

	654
Pm3 [v]	schon mit mit mehrere Leut zam gsprochen, aber des wor ah ah im Beruf aso im

[310]

	655	656
Pm3 [v]	Arbeitsverhältnis, da redet ma sicherlich mit mit äh Arbeitskollegen und	
SP [v]	Mhm` mhm`	

[311]

	657	658	659
Pm3 [v]	Mitarbeitern anders, wie sie seh i heut das erste oder	zweite Mal und die hab i	
SP [v]		Mhm`	

[312]

	660
Pm3 [v]	jeden Tag gsehn, na wenn i Leut kenn geht ma natürlu so a die Zungen locker net`

[313]

	661	662	663
Pm3 [v]		Aber jetzt müssen s ihnen vorstellen, wenn i die Leut KENN wie i da	
SP [v]	(Mhm`)		
SP [nv]	<i>leise</i>		

[314]

	664	665	666
			00:33:02
Sw3 [v]	(lacht)		
Pm3 [v]	reden kann nen (lacht)	Aso des is der Unterschied!	Guat! Dann moch ma des!
Pm3 [nv]		(lachend)	

[315]

	667
Sw3 [v]	Okay und sie sagen einfach Bescheid wenn sie weg müssen oder wenn sie ...
Pm3 [v]	Na

[316]

	669	670	671
Sw3 [v]		Ähm:	
Pm3 [v]	wie lang wird s ungefähr dauern? A a halbe Stund oder was oder?		
SP [v]		Ähm	na sie

[317]

	672	673	674	675
Sw3 [v]	Genau!		Wenn sie ...	
Pm3 [v]				Ja i möcht so gegen
SP [v]	können jederzeit sagen ich	muss jetzt los! (Es is)		

[318]

	676	677	678
Sw3 [v]		Ja das auf jeden Fall!	
Pm3 [v]	sieben wenn s möglich is,		
SP [v]	wieder oben sein.	Das auf jeden Fall!	Ne halbe

[319]

	679
	00:33:23
Pm3 [v]	Gut!
SP [v]	Stunde wird s nicht...
[k]	Ende der Aufnahme, Pm3 und SP gehen gemeinsam in den benachbarten Seminarraum,

[320]

Pm3 [v]	
[k]	Sw3 bleibt im Konferenzraum.

9.4. Quantitative Auswertung der Gespräche:

	30412	7512	21512
Hörersignale:	40	11	100
Anzahl der Fragen:	21	63	24
offene Fragen:	3	3	2
halb-offene Fragen (W-Fragen):	5	26	8
geschlossene Fragen:	18	34	14
Unterbrechungen:	Sw1 wird von Pw1 zweimal unterbrochen	/	Sw3 wird von Pm3 in Fl. 1266 unterbrochen
Emotionale Ausdrücke:	23	10	14
Thematisieren:	3	7	2
Hinterfragen:	4	2	2
Übergehen:	7	3	2
Ignorieren:	2	?	?

9.5. Beobachtungsbogen:

Code: _____

Beginn des Gesprächs: _____ Ende des Gesprächs: _____

1. Rahmenbedingungen :

1.1. Räumlichkeit: Seminarraum:

Bemerkungen:

2. Gesprächspositionen:

PatientIn: sitzend liegend stehend
 StudentIn: sitzend liegend stehend

Abstand der Interagierenden:

Bemerkungen: (z.B. fehlender Blickkontakt):

Gruppe: (z.B.: Sitzordnung, Störungen, Einmischungen etc.)

3. Strukturelle Gesichtspunkte und Gesprächsverlauf:

Erfolgt eine persönliche Vorstellung?

Wird noch einmal ein Einverständnis zur Aufnahme eingeholt?

Wird auf die Anwesenheit der Gruppe Bezug genommen?

Gibt S zu Beginn eine Orientierung über Gesprächsverlauf? (Zielsetzung?)

Formulierung der Einstiegsfrage?

Wurde ein Anamnesebogen verwendet?

Skizzierung des Gesprächsverlaufs:

Beschwerdenexploration:

Ende des Gesprächs:

4. nonverbale Verhaltensmerkmale:

5. Gefühlsäußerungen:

6. Feedbackrunde:

7. Nachgespräch:

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einer speziellen Form der Gesprächsausbildungssituation an der Medizinischen Universität Wien. Es wurden drei Gespräche innerhalb des freien Wahlfachs *Tutorium Anamnesegruppen* aufgezeichnet und gesprächs- bzw. diskursanalytisch in Hinblick auf den sprachlichen Umgang mit Emotionen seitens der Studenten und Studentinnen untersucht. Ausgangspunkt der Analyse waren Ergebnisse einer vorangegangenen Studie zu den Anamnesegruppen (Lalouschek 2002a). Die damals eingebrachten Kritikpunkte (z.B. studentenzentrierte Ausrichtung und Konzeption der Lehrveranstaltung) wurden aufgegriffen und das beschriebene Spannungsfeld *somatisch orientierte Ausbildung-psychozial ausgerichtete Lehrveranstaltung* neu dargestellt. Neben den eigentlichen Übungsgesprächen sind auch in Erweiterung zu Lalouscheks Untersuchung die im Anschluss stattfindenden Nachgespräche sowie gruppeninterne Reflexionen in die Analyse mit eingeflossen.

Es hat sich gezeigt, dass die interaktive Bearbeitung von emotions- und erlebensrelevanten Inhalten stark von den Unsicherheiten der Studentinnen und Studenten geprägt ist. Nach wie vor greifen diese bei der Aushandlung von Bedeutung und Erleben in erster Linie auf emotionsregulierende Bewältigungsstrategien wie Übergehen und Ignorieren oder Relevanzrückstufungen zurück. Anders als bei Lalouscheks Studie wurde aber deutlich, dass für den Erkenntnisgewinn und Lerneffekt der Studentinnen und Studenten die gruppeninternen Nachgespräche und das Feedback einen ganz wesentlichen Beitrag leisten. Hier werden erst die Zusammenhänge zwischen somatischen Beschwerden und sozialen, psychischen Faktoren in der Gruppe gemeinsam herausgearbeitet sowie die Bedeutung von individuellem Erleben der Erkrankung hervorgehoben. Diese reflexiven Herangehensweise ermöglicht eine Sensibilisierung für unbewusst ablaufende kommunikative Prozesse. Aufgrund bestimmter konzeptueller Merkmale der Lehrveranstaltung wie z.B. die niedrige hierarchische Strukturierung (Peer-Prinzip) oder auch das kontinuierliche Arbeiten in einer Kleingruppe über ein Jahr hinweg, findet ein offener und vertrauter Austausch innerhalb der Gruppe statt, der ansonsten im Rahmen der medizinischen Gesprächsausbildung kaum möglich ist.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Lisa Brunner
Geboren 01.07.1980 / Wien
Familienstand In Lebensgemeinschaft, 2 Kinder (2004 u. 2012)
Kontakt lb@augmatic.org

Schulbildung

1990-1999 AHS-Matura 1999, GRG 23, Wien – Liesing
1986-1990 Volksschule Erlaaer Schleife, Wien – Liesing

Akademischer Werdegang

1999-2004 Diplomstudium Studienzweig Allg. / Angew. Sprachwissenschaft und Kultur- und Sozialanthropologie
2004-2013 Diplomstudium Angew. Sprachwissenschaft lt. Studienplan 2004

Beruflicher Werdegang und wissenschaftliche Projektarbeit

2001-2002 Lektoratstätigkeit am IFF Wien, Abt. Stadt- und Regionalsoziologie,
Ao. Univ.- Prof. Dr. Gerhard Strohmeier
2006-2010 Tutorin des Fachtutoriums Anamnesegruppen, Medizinische Universität Wien,
Zentrum für Public Health
09/2006 Tutorinnenausbildung an der Charité Berlin
2007/2008 Gestaltung und Herausgabe des 25. Internationalen Jahrbuchs für
PatientInnenorientierte MedizinerInnenbildung (POM) im Rahmen der
Anamnesegruppen Wien
05/2008 Verleihung der Auszeichnung „Teacher of the Month“ im Rahmen der
Anamnesegruppen durch die Medizinische Universität Wien
09/2009 Organisation und wissenschaftliche Aufbereitung eines TutorInnentrainings im

Projektmitarbeit als wissenschaftliche Hilfskraft (Transkription)

- 2009-2010 FWF-Projekt „Bildungserfolg bei Sprachtod? (B.E.S.T.)“
(Projekt-NR P20263), Leitung: Dr. Katharins Brizič, DINAMLEX, Wien
- 2008-2009 FWF-Projekt „Schmerzdarstellungen und Krankheitserzählungen II“
(Projekt-NR P20283), Leitung: Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Florian Menz,
Institut für Sprachwissenschaft, Universität Wien
- 2008 Habilitationsprojekt „Communicative Strategies in Person-Oriented Coaching“,
Leitung: Dr. Eva-Maria Graf, Institut für Anglistik und Amerikanistik,
Universität Klagenfurt