

Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch

Johanna Lalouschek

veröffentlicht im Sammelband:

Gisela Brünner / Reinhard Fiehler / Walther Kindt (Hrsg.):

Angewandte Diskursforschung

Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2002, 155 - 173

ISBN 3 - 936656 - 01 - 0 (früher: 3 - 531 - 13076 - 5)

Die PDF-Dateien bewahren die ursprünglichen Seitenumbrüche und Fußnoten-Positionen der ersten Auflage des Buches. Alle Zitationen bleiben also gültig. Bei Zeilenumbrüchen und Layout mussten jedoch Veränderungen vorgenommen werden.

Alle Texte erhältlich unter

www.verlag-gespraechsforschung.de

Alle Rechte vorbehalten.

© **Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Radolfzell 2002**

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch

Johanna Lalouschek

Zusammenfassung

Die Durchführung von Erstgesprächen (Anamnesen) mit PatientInnen im Krankenhaus ist eine ärztliche Routinetätigkeit. ÄrztInnen orientieren sich dabei an einem normierten, fachlich motivierten Ablaufschema, was zu starren, musterförmigen Gesprächsverläufen führt, die vorwiegend aus Frage-Antwort-Sequenzen bestehen. Diese Form der ärztlichen Gesprächsführung schränkt die sprachlichen Handlungsmöglichkeiten der PatientInnen in einer für sie relevanten Gesprächssituation in problematischer Weise ein und induziert vielfältige Kommunikationsstörungen. Konzepte zur Kommunikationsschulung von ÄrztInnen müssen die komplexe Abhängigkeit zwischen ärztlicher Gesprächsführung, medizinischer Ausbildung und realen beruflichen Arbeitsbedingungen mitberücksichtigen.

1. Einleitung

Gegenstand des folgenden Beitrags ist eine typische Gesprächsform aus der Arzt-Patienten-Kommunikation, nämlich das Erstgespräch bzw. die Anamnese. Bei der Aufnahme auf eine Abteilung eines Krankenhauses wird mit jedem Patienten und jeder Patientin eine Anamnese durchgeführt. Die ÄrztInnen benötigen dieses Gespräch, um die beschwerdenrelevanten Informationen zu erheben, um eine Diagnose zu stellen und entsprechende therapeutische Maßnahmen einzuleiten, d.h. also, um bestimmte professionelle Tätigkeiten durchführen zu können. PatientInnen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden, wollen von ÄrztInnen jedoch nicht nur fachliche Hilfe und Heilung, sondern wollen u.U. auch erzählen können, wollen auch Verständnis und Trost in einer speziellen, sie eventuell beängstigenden oder verunsichernden Lebenssituation, d.h. sie wollen auch ein "echtes" Gespräch. Wie zahlreiche medizinsoziologische und linguistische Studien zeigen, durchzieht dieser Interessenkonflikt zwischen Institution und Individuum alle Formen von Arzt-Patienten-Kommunikation und ist Auslöser für vielfältige Störungen.¹

Am Beispiel einer Anamnese wird der strenge, musterförmige Ablauf dieses Gesprächstyps herausgearbeitet und aufgezeigt, welche potentiell problematischen Gesprächsstrukturen dadurch induziert werden und welche Beschränkungen der sprachlichen Handlungsmöglichkeiten für PatientInnen damit einhergehen. Dabei soll auch deutlich gemacht werden, wie komplex diese Form der ärztlichen Gesprächsführung mit der herkömmlichen medizinischen Ausbildung und den beruflichen Arbeitsbedingungen zusammenhängt und welche Konsequenzen sich daraus für die Entwicklung einer diskursanalytisch fundierten kommunikativen Schulung für ÄrztInnen ergeben.

¹ Vgl. dazu die Studien von Bliesener (1982), Mishler (1984), West (1985) und Fehlenberg/Simons/Köhle (1990) sowie die Sammelbände Köhle/Raspe (1982), Ehlich et al. (1990), Löning/Rehbein (1993), Todd/Fisher (1993) und Redder/Wiese (1994).

2. Die Anamnese: eine ärztliche Routine

2.1 Das Ablaufschema einer Anamnese

Ärztliche Tätigkeiten wie PatientInnen aufzunehmen, Spezialuntersuchungen oder Visiten durchzuführen, Diagnosen zu erstellen, Arzt-Briefe zu verfassen etc. sind fachspezifische Routinetätigkeiten, wie es sie in jedem Beruf gibt. Diese Abläufe sind sowohl organisatorisch wie inhaltlich zumeist klar geregelt, und ihre Beherrschung ist als ein Teil des ärztlichen Fachwissens zu verstehen. Als Bestandteil der praktischen Ausbildung erfolgt ihr Erwerb vornehmlich in der jeweiligen beruflichen Praxis.

Dies trifft auch auf die Durchführung von Anamnesen zu. Diese Routine sieht auf organisatorischer Ebene folgendermaßen² aus: Bei jedem Patienten/jeder Patientin wird unmittelbar nach dessen/deren Aufnahme ins Krankenhaus bzw. auf die Abteilung eine Anamnese erhoben. Diese umfaßt im wesentlichen die Erhebung medizinisch wie bürokratisch relevanter Daten, also z.B. die Dokumentation früherer Krankenhausaufenthalte und Befunde, dann Name und Adresse des Hausarztes für den späteren Arztbrief, die Darstellung der akuten Beschwerden zur Einleitung weiterer Untersuchungen und erster therapeutischer Maßnahmen, die Erhebung der momentanen Medikation, aber auch die Erfassung von Allergien und etwaigen Diäten für die Anpassung der laufenden Versorgung. Die Ergebnisse werden während der Durchführung der Anamnese in das Anamneseblatt eingetragen. Dieses Anamneseblatt ist ein Vordruck mit der Überschrift "*Einlagebogen zur Krankengeschichte des <Name des Patienten/der Patientin>*" und wird nach dem Gespräch zu den anderen Befunden etc. in die Krankengeschichte der Patientin/des Patienten eingelegt. Die Informationen, die auf diesem Anamneseblatt festgehalten werden, stehen den übrigen behandelnden ÄrztInnen als essentielle Information des Erstgesprächs zur Verfügung.

Vervollständigt wird die Anamnese durch eine nachfolgende körperliche Untersuchung (Abhören, Abklopfen, Blutdruck messen etc.). Damit ist sie ein Bestandteil der gesamten institutionell geregelten Aufnahmeroutine eines Krankenhauses: Einlieferung in die Aufnahmeabteilung, Zuweisung zu einer Station/Abteilung, Zuweisung eines Bettes in einem Zimmer, Übernahme der Anstaltskleidung, Anamnese, körperliche Untersuchung etc. (vgl. auch Begemann 1976, Roßmanith 1989, Heim/Willi 1986, 336ff).

In medizinischer Hinsicht umfaßt ein vollständiges Anamnesegespräch folgende thematische Bereiche (vgl. z.B. Schettler/Nüssel 1984, Hope et al. 1990):

- aktuelle Beschwerden
- Kinderkrankheiten
- frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte und Operationen
- chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck, Rheuma etc.)
- Familienanamnese (relevante Erkrankungen von Eltern und Geschwistern)
- Allgemeinanamnese, mit folgenden Subbereichen:

² Ich beziehe mich bei dieser Darstellung auf den routinemäßigen Ablauf der internen Abteilung eines Wiener Krankenhauses, auf der die Studie "Anamnesegespräche" (Hein et al. 1985) durchgeführt worden ist. Der geschilderte Ablauf ist zwar durchaus typisch, kann jedoch von Abteilung zu Abteilung bzw. Krankenhaus variieren.

- aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung und Schlaf)
- persönliche Daten (Alter, Größe und Gewicht)
- Alkohol- und Nikotinkonsum
- (bei Frauen:) gynäkologische Anamnese
- Geschlechtskrankheiten
- Medikation und Allergien
- Sozialanamnese (Familienstand, häusliche Versorgung - v.a. bei bei älteren bzw. pflegebedürftigen PatientInnen im Hinblick auf die Entlassung)
- Adresse des Hausarztes (Arzt-Brief)

Diese einzelnen Bestandteile, die eine Anamnese ausmachen, sind als thematische Bereiche zu verstehen, deren Reihenfolge im aktuellen Gespräch variabel gehalten werden kann. Auf dem Anamneseblatt werden diese Bereiche während des Schreibens mit Abkürzungen gekennzeichnet, also z.B. "KK" für <Kinderkrankheiten>, "FA" für <Familienanamnese> etc.

Im Rahmen des Forschungsprojekts "Anamnesegespräche" (Hein et al. 1985) wurden ÄrztInnen in Ausbildung nach ihrer Einschätzung zur Regelmäßigkeit von Anamnesegesprächen befragt (Hinweise zur Verschriftlichung finden sich im Anhang):

Im: gibt es eigentlich Regeln für so a Anamnesegespräch?

Aw: jaja' schon' es gibt also einen ungefähr festgesetzten Ablauf, wo man also einteilt die verschiedenen Anamneseteile. Familienanamnese, Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten und Operationen, jetzige Krankheiten, warum kommen Sie jetzt, wann hat das angefangen, wie stark war das, was war da, und ah i man die ganze Vorgeschichte der jetzigen Krankheit... und dann halt einen allgemeinen Überblick über die Lebensgewohnheiten, Appetit, Schlaf, Stuhl, und so weiter. diese Dinge halt, Medikamente, Allergien und so weiter. das sind die festn Punkte die in jeder Anamnese berücksichtigt gehörn.

Im: gibts eigentlich Regeln für so eine Anamnese?

Am: ja ma lernt das während dem Studium - beziehungsweise also vor allem in den Praktika und Famulaturen die ma während des Studiums macht, wie man eine Anamnese abfassen soll. daß ma also beginnt mit den Krankheiten in der Familie, dann die Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten, jetzige Krankheiten, ah daß ma da also chronologisch des auflistet, - ah dann daß ma eben Zusatzfragen stellt nach Alkohol, Geschlechtskrankheiten, Nikotin, Gewicht, Stuhlgang und diese Sachn. also es is ein relativ starres Schema - ah wo es allerdings oft so ist daß ma irgendwas vergißt.

Diese Interviewausschnitte zeigen, daß die Anamnese in ihrem oben dargestellten Ablauf in der professionellen Wissenstruktur dieser ÄrztInnen tatsächlich in dieser Form verankert ist. Sie wird als *relativ starres Schema* bezeichnet, die einzelnen Teilbereiche werden auch als solche wahrgenommen, und es werden auch gewisse Verhaltensnormen formuliert: *das sind die festn Punkte die in jeder Anamnese berücksichtigt gehörn* oder *wie man eine Anamnese abfassen soll*.

2.2 Die Anamnese als Gespräch

Für PatientInnen ist eine Erkrankung und damit verbunden eine Einlieferung in ein Krankenhaus i.a. eine schwerwiegende Unterbrechung ihrer gewohnten Lebensroutinen. Daher ist anzunehmen, daß für sie gerade das Erstgespräch mit einem Arzt oder einer Ärztin eine vom Erleben her äußerst relevante Interaktionssituation bedeutet, von der sie mehr als medizinisch und bürokratisch motivierte Zuwendung erwarten. Zudem wird in den Lehrbüchern zur Anamneserhebung immer betont, daß es neben der Informationsgewinnung auch Ziel einer Anamnese sei, "ein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten aufzubauen und Einblick in das Leben des Patienten und seine Persönlichkeit zu gewinnen. Dazu ist es nötig, auf den Patienten einzugehen, die eigene Sprache der Sprache des Patienten anzupassen und dem Patienten zu vermitteln, daß man viel Zeit für ihn hat." (Hope et al. 1990, 22)³

Diese Anforderungen und Bedürfnisse können von den ÄrztInnen in Krankenhäusern jedoch nicht bzw. nicht ausreichend wahrgenommen werden. Da sie sich aufgrund der Vielzahl an Tätigkeiten, Verpflichtungen und der großen Anzahl der zu betreuenden PatientInnen stark überlastet fühlen, liegt es vielmehr in ihrem Interesse, die anfallenden Tätigkeiten zügig und ungestört ablaufen zu lassen (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990).

Aw: weil ma doch irgendwie das Bestreben hat, schnell fertig zu werden damit, - ah sind mir ehrlich gesagt - solche Gespräche am liebsten wo die Patienten - relativ - genau - irgendwie das verstehn was ich mein, nämlich in den Antworten das sagen was ich mir von ihnen erwart. also daß man relativ gezielt vorgehn kann.

Anamneseteile, die über die rein medizinischen Informationen hinausgehen, werden von den ÄrztInnen deshalb auch nicht als Bestandteile einer herkömmlichen Anamnese genannt, sondern einer Idealform eines Anamnesegesprächs zugeschrieben, die zwar wünschenswert sei, sich im beruflichen Alltag aber nicht durchführen ließe:

Am: es ist mehr oder weniger so - daß also/ das ideale Anamnesegespräch, wenn man sich damit mehr Zeit lassen kann, net. ah - beim *gedrängten Anamnesegespräch* - wie es also is:/ ah - wenn das eventuell in der Dienstzeit is, muß man ebem also schau'n - ganz kurze exakte/ einen Patienten schlagwortartig an die wichtigstn Faktn zu erinnern. und ihn dazu zu bringen die wichtigstn Faktn zu sagen - die was jetzt maßgeblich für seinen ah Spitalsaufenthalt sind.

Damit wird deutlich, daß die ÄrztInnen unter einer Standardanamnese eine "gedrängte Anamnese" verstehen mit einem organisatorisch wie inhaltlich relativ streng geregelten Ablauf, bei dem nicht das vertiefende und eingehende Gespräch

³ Zur Problematik, wie derartig globale und hochkomplexe Hinweise zum Interaktionsverhalten in Gesprächen tatsächlich umgesetzt werden können, vgl. Lalouschek (1994a).

mit den PatientInnen im Vordergrund steht, sondern die zügige Durchführung und Erfüllung von ganz bestimmten fachlichen und bürokratischen Erfordernissen. Das ist auch der Grund, warum ÄrztInnen auf PatientInnen Wert legen, die nicht nur gut über ihre Krankheit Bescheid wissen, sondern die auch gut vorbereitet sind auf das, was sie erwartet, sprich, die mit den ärztlichen Routinen ausreichend vertraut sind und die eine hohe Kooperationsbereitschaft zeigen:

Im: wie sieht für Sie das ideale Anamnesegespräch aus?

Aw: naja - es is sicher recht gut und recht angenehm - wenn der Patient schon drauf vorbereitet is daß ma ihn also ausfragen wird über seine verschiedenen früheren Krankheitm und Operationen. und so weiter. also es gibt zum Beispiel Leute - die kommen schon ins Krankenhaus mit einer wundervollen zusammengestellten Liste - wo also in chronologischer Reihenfolge vom Bruch der kleinen Zehe bis zur Blinddarmoperation und zur Gallenoperation alles schön aufgeschrieben is. das is sehr praktisch - spart viel Zeit. aba - mein Gott - man kanns halt nicht von jedn Patientn erwartn.

Umgekehrt werden PatientInnen, die aufgrund mangelnder Erfahrung oder z.B. altersbedingter mangelnder Flexibilität gewohnte Abläufe verzögern oder unterbrechen, rasch als lästig, schwierig oder wenig kooperationsbereit kategorisiert, was zu der paradoxen Situation führt, daß diese PatientInnen noch weniger Erklärungen und Informationen bekommen, die sie aber andererseits eigentlich benötigen, um sich angemessen verhalten zu können (vgl. Lalouschek 1998).

Diese Sichtweise, die sich hier vermittelt, hat mit der Grundhaltung und dem Menschenbild der heutigen modernen Medizin zu tun: In einer hochtechnisierten, an erkrankten Organen orientierten Medizin geht es um die Erfassung von einzelnen Krankheitssymptomen, nicht um das erkrankte Individuum in ganzheitlicher Sicht. Deshalb wird in der herkömmlichen medizinischen Ausbildung ärztliche Gesprächsführung nach wie vor nicht mit anderen fachlichen Qualifikationen wie Diagnoseerstellung und Therapie gleichgestellt. Überspitzt formuliert hat das Gespräch mit PatientInnen eher den Stellenwert eines Nebenprodukts, das bei der Durchführung der eigentlichen fachlichen Tätigkeiten entsteht (vgl. Lalouschek 1998). Kommunikative Fähigkeiten von ÄrztInnen werden als gegeben vorausgesetzt. Diese krankheitszentrierte Sichtweise prägt das gesamte medizinische Handeln, das professionelle Selbstverständnis und damit auch die diskursive Praxis von ÄrztInnen.⁴

In gesamtheitlich orientierten medizinischen Ansätzen hingegen, wie z.B. in der psychosomatischen und psychosozialen Medizin (vgl. Uexküll/Wesiak 1990, Helmich et al. 1991) oder in der ebenfalls gesamtheitlich ausgerichteten alternativen Heilkunde wie etwa der Homöopathie ist gerade das Gespräch mit den PatientInnen ein zentraler Bestandteil der medizinischen Behandlung und Betreuung. Das ist mit

⁴ Natürlich hat sich in den letzten Jahren am Aufbau des Medizinstudiums einiges verändert. Lehrveranstaltungen zur Arzt-Patienten-Beziehung und zu Techniken der Gesprächsführung finden vermehrt Eingang in die Curricula. Das Problem dabei ist jedoch, daß diese Thematiken erstens trotzdem Randfächer bleiben und ein vergleichsweise geringes Stundenausmaß erreichen (vgl. z.B. Sonneck et al. 1994) und daß zweitens diese neuen Sichtweisen außerhalb des Studiums und in der beruflichen Praxis auf 'alte Strukturen' stoßen, die die Umsetzung des Gelernten nicht fördern, sondern u.U. sogar unterbinden.

ein Grund, warum Kranke sich in steigendem Ausmaß alternativen Heilmethoden zuwenden.

2.3 Die Anamnese als Frage-Antwort-Sequenz

Der folgende Ausschnitt aus einer Anamnese soll nun veranschaulichen, wie sich die Abfolge der oben genannten thematischen Bereiche im einem aktuellen Gespräch gestaltet:

01 Am: mhm. gut. und sonst - außer 02 Ischias und und - und Zucker 03 sind Sie soweit gesund. 04 Pm: naja - vom Krieg hob i a bis= 05 serl an Leberschadn, - aber 06 der is - behobm. 07 Am: ja aber Herz und Blutdruck is 08 soweit in Ordnung. 09 Pm: na, is in Ordnung.	↑ <chronische Erkrankungen>
10 Am: wie groß und wie schwer sind 11 Sie denn? 12 Pm: eins dreiundsiebzig 13 Am: mhm. 14 Pm: und jetzt 58 Kilo. - bittschen, 15 schwankt a bißl, - amoi 59, 16 amoi 58.	<Allgemeinanamnese> Unterbereich <persönliche Daten>
17 Am: der Appetit ist gut? 18 Pm: jaja - absolut. 19 Am: Stuhlgang is regelmäßig? 20 Pm: jo. 21 Am: ham Sie beim Harnlassn Probleme? 22 Pm: nana. - nur natürlich jetz 23 häufiger, - i muß in der Nacht 24 ein Mal aufstehn. 25 Am: mhm. - wie schlafen Sie? 26 Pm: an und für sich sehr gut.	Unterbereich <aktueller Gesundheitszustand>
27 Am: rauchen Sie? 28 Pm: mäßig. - also vier bis fünf 29 Zigarettn am Tag 30 Am: trinkn Sie Alkohol?	Unterbereich <Alkohol/ Nikotinkonsum>

Der Textausschnitt stammt aus der Mitte einer Anamnese. Der Arzt befindet sich zu Beginn im Bereich <chronische Erkrankungen>. Der Patient hat Diabetes und Ischias. Inhaltlich darauf bezogen werden noch Herz und Blutdruck abgeklärt (Fl. 07-09). Mit der Frage nach Größe und Gewicht leitet der Arzt den Bereich <Allgemeinanamnese> ein, und zwar mit den Unterbereichen <persönliche Daten> (Fl. 10-16), <aktueller Gesundheitszustand> (Fl. 17-26) und <Alkohol- und Nikotinkonsum> (ab Fl. 27).

Abgesehen von einigen bestätigenden Hörersignalen lassen sich alle Redebeiträge des Arztes als Frageaktivitäten klassifizieren, die nach Rehbein (1993) in ihrer Formulierungsweise auch typisch sind für ärztliches Fragen: Der Arzt bietet dem Patienten nicht nur die für ihn relevanten Inhalte in Frageform dar, er gibt auch die professionelle Formulierungsweise vor (z.B. *Stuhlgang is regelmäßig?*), so daß sich die Antworten des Patienten größtenteils an diesen Formulierungen ausrichten. Diese Antworten oder auch die expandierenden Äußerungen von PatientInnen

werden dabei häufig nicht extra bestätigt oder aufgegriffen, d.h. die nächste Frage des Arztes ist zugleich die "Verarbeitung" der Antwort (Rehbein 1993, 327). Die inhaltliche Abfolge der Fragen des Arztes zeigt, daß er die thematische Gesprächssteuerung exakt an dem oben dargestellten Ablaufschema einer Anamnese orientiert und die notwendigen, zu erhebenden Informationen vorsortiert.⁵

Aus gesprächsanalytischer Sicht gehören Frage und Antwort zur Klasse der "Parsequenzen" (*adjacency pairs*, vgl. Schegloff/Sacks 1973), wobei die Frage den ersten, initiierenden Teil und die Antwort den zweiten, respondierenden Teil bildet. Typisch für Parsequenzen ist erstens, daß die beiden Äußerungen von verschiedenen Sprechern produziert und im Interaktionsverlauf in unmittelbarer Nachbarschaft plazierte werden. Zweitens besteht zwischen den beiden Teilen eine spezifische Beziehung, die sogenannte "bedingte Relevanz" (*conditional relevance*, vgl. Schegloff/Sacks 1973): Wenn ein Sprecher eine Äußerung macht, die den ersten Teil eines Paares darstellt, dann wird - alleine bedingt durch diese Realisierung - für den anderen Sprecher die Realisierung des zweiten Teils relevant. Für die Frage-Antwort-Sequenz bedeutet dies, daß ein mit einer Frage angesprochener Gesprächspartner auf diese unmittelbar mit einer Antwort reagieren muß. Und das wiederum bedeutet, daß er in der freien Gestaltung seines Redebeitrags eingeschränkt ist, allerdings nur an dieser Stelle der Interaktion und nicht im gesamten Gespräch.

Wie in dem Textausschnitt deutlich wird, erfolgt die sprachliche Realisierung der Anamnesebereiche also in Form von Frage-Antwort-Sequenzen, wobei die Fragen stets vom Arzt gestellt werden und der Patient damit aufgrund des Organisationsprinzips der bedingten Relevanz Antworten geben muß. Diese spezielle Zuordnung von sprachlichen Handlungen zu einzelnen Interaktanten beruht auf einem weiteren Organisationsprinzip von Gesprächen, dem "Prinzip der Zuständigkeit" (vgl. Quasthoff 1990): Dieses regelt den Zugang und die Verteilung des Rederechts für spezielle Diskurseinheiten (wie z.B. Erzählungen oder Argumentationen), aber auch für gesamte Interaktionen. Dies ist vor allem der Fall bei Kommunikation in Institutionen wie Gericht, Schule oder eben Krankenhaus und abhängig von Berufs- und Statusrollen der Beteiligten.

In der Arzt-Patienten-Interaktion, und damit auch bei Anamnesen, sind ÄrztInnen aufgrund ihrer Berufsrolle und aufgrund der institutionellen und fachlichen Zielsetzung dieses Diskurstyps als 'für die Interaktion zuständig' definiert und daher quasi-automatisch mit entsprechenden Sonderrechten interaktiver Art ausgestattet, die es ihnen ermöglichen, diese Ziele auch durchzusetzen. Diese Sonderrechte sind Vorrechte für interaktive Handlungen, die in anderen Interaktionen mit den jeweiligen Beteiligten erst ausgehandelt werden müßten, also z.B. das Vorrecht, ein Gespräch initiieren und beenden zu können, das Vorrecht, Fragen zu stellen, aber nicht in gleicher Weise antworten zu müssen, und das Vorrecht, thematische Wechsel und Unterbrechungen auch ohne Erklärungen durchführen zu können. Nach Quasthoff (1990) gehört zur Ausübung der Zuständigkeit im ärztlichen Diskurs die Setzung von Relevanzen im Sinne der Zielsetzung des ärztlichen Handelns: "Ein Mittel, dieses Relevanzsystem durchzusetzen, ist die Steuerung der

⁵ Eine alternative sprachliche Realisierungsform wäre z.B., den Patienten ausführlich erzählen zu lassen, sozusagen abzuwarten, 'was von ihm und von selbst kommt', durch ärztliches Nachfragen die notwendigen Informationen zu vervollständigen und sie erst nachträglich nach medizinischen Relevanzen zu sortieren (vgl. Morgan/Engel 1977, Helmich et al. 1991).

Informationsgebung des Patienten durch entsprechende Fragen, statt die relative Selbstbestimmtheit durch die patientenseitige Initiierung von Diskurseinheiten zuzulassen." (Quasthoff 1990, 77)

Dies erklärt, warum ÄrztInnen - wie in dieser Anamnese - ihre Redebeiträge vorzugsweise in Form von Fragen realisieren. Zum einen gewährleistet dies den ÄrztInnen die Kontrolle über den *gesprächsorganisatorischen Ablauf*, da sie mit jeder Frage den initiierenden Anteil einer Frage-Antwort-Sequenz produzieren, wodurch die PatientInnen in Zugzwang kommen und gemäß dem Prinzip der bedingten Relevanz antworten müssen. Nicht erfolgende oder ungenügende Antworten können von ihnen moniert werden, und das Zuständigkeitsprinzip gewährt ihnen zudem weitere interaktive Sonderrechte wie etwa die Durchführung von Unterbrechungen und von thematischen Wechseln. Diese Abfolge von Frage-Antwort-Sequenzen sieht keine Frageslots für die PatientInnen vor, wodurch ihnen von der Gesprächsorganisation her wenig Strukturierungsgewalt über den Gesprächsverlauf gegeben wird.

Über die Gesprächsorganisation übernehmen die ÄrztInnen zum anderen auch die Kontrolle über den *inhaltlichen Verlauf* der Interaktion. Die thematischen Bereiche der Anamnese werden über eine Abfolge von Fragen nach und nach abgearbeitet, und die schon erwähnte professionelle Vorformulierung der medizinisch relevanten Inhalte kanalisiert zu einem großen Teil auch die Inhalte der Antworten der PatientInnen. Da das medizinisch kodifizierte Anamneseschema der ärztlichen Gesprächsführung wie eine Art 'unsichtbares Formular' unterliegt, sind die Redebeiträge der ÄrztInnen nur sekundär am Verlauf des aktuellen Gesprächs orientiert (dies gilt z.B. für klärende Nachfragen) und damit der inhaltlichen Kontrolle der PatientInnen weitgehend entzogen. Das hängt damit zusammen, daß das Anamneseschema Teil des ärztlichen Fachwissens ist, nicht aber Teil des Wissens der PatientInnen, und die Zuordnung der Fragen zu den einzelnen thematischen Bereichen ohne dieses Wissen kaum möglich ist. So sind die ärztlichen Fragen innerhalb eines Anamnesebereichs zwar kohärent auf den Inhalt dieses Bereichs bezogen, nicht aber kohärent im Zuge des realen Gesprächsverlaufs: Im obigen Textauschnitt hängt die Frage des Arztes nach Herz und Bluthochdruck (Fl. 07) mit der vorangegangenen Frage nach Ischias und Zucker (Fl. 02) zwar innerhalb des Bereichs <chronische Erkrankungen> zusammen, vom tatsächlichen Gesprächsverlauf her ist sie aber als Reaktion des Arztes auf den Einschub des Patienten, er hätte einen behobenen Leberschaden, nicht motiviert. Noch krasser wird die Situation, wenn ÄrztInnen von einem thematischen Bereich zum anderen wechseln, wie etwa beim Übergang von den chronischen Krankheiten zum Körpergewicht (Fl. 07-10). An diesen Gesprächsstellen kommt es für die PatientInnen regelmäßig zu nicht nachvollziehbaren thematischen Sprüngen, eine weitere Bedingung, die ihre aktive Gesprächsbeteiligung erschwert.

Es ist nun zwar so, daß die ÄrztInnen die Reihenfolge der thematischen Bereiche wählen können und sie deren Abfolge auch an die einzelnen PatientInnen adaptieren, wenn z.B. - wie im Falle dieses Patienten - die aktuelle Krankheit zugleich eine der chronischen Erkrankungen ist. Insgesamt ist dieses Anamneseschema aber unsensibel gegenüber differenzierteren Interaktionsprozessen. Da die Plazierung der Fragen wenig umgestellt werden kann, werden Informationen u.U. nicht an der Stelle aufgenommen, an der sie von den PatientInnen angeboten werden, sondern dort, wo sie von den ÄrztInnen abgerufen werden. So hat dieser Patient z.B. im Lauf der Anamnese schon auf den für ihn erheblichen Gewichtsver-

lust im Zuge seiner Erkrankung hingewiesen. Diese Daten werden vom Arzt jedoch erst notiert, als er beim Bereich <aktueller Gesundheitszustand> angelangt ist (vgl. dazu auch die noch folgenden Analysen).

Somit ist die Anamnese im Grunde nicht als eigenständiger Gesprächstyp zu klassifizieren, sondern als eine endliche Folge von Frage-Antwort-Sequenzen beschreibbar, die rekursiv durchlaufen werden, wobei die Fragen inhaltlich jeweils den einzelnen thematischen Bereichen des Anamneseschemas zugeordnet sind. Die ÄrztInnen haben aufgrund ihrer Rolle als VertreterInnen der Institution und als ExpertInnen im gesamten Gesprächsverlauf das interaktive Vorrecht, diese Frage-Antwort-Sequenzen zu initiieren, wodurch sie die maximale Kontrolle über die gesprächsorganisatorische wie inhaltliche Gestaltung der Anamnesen erhalten.

3. "Sind Sie zum ersten Mal bei uns?" - ein Fallbeispiel

Die folgende linguistische Analyse soll deutlich machen, wie sich im Rahmen dieser Bedingungen die Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in einer Anamnese im Detail gestaltet und welche möglichen problematischen Gesprächssequenzen und Kommunikationsstörungen entstehen können.

Der 71-jährige Patient leidet seit knapp 20 Jahren an Diabetes (Zuckerkrankheit), der bisher mit Diät und Tabletten behandelt wurde. Aufgrund einer Cortisonbehandlung wegen eines akuten Ischiasanfalles ist der Diabetes entgleist. So wurde er von seinem Internisten zur stationären Aufnahme überwiesen, um die Behandlung des Diabetes auf Insulin (Injektionen) einzustellen. Die Anamnese wird von einem Arzt in Ausbildung erhoben:

```
001
Am: sind Sie zum erstn Mal bei uns? <(3 sec)>
Pm: ja.
      <Am beschreibt
```

```
002
Am: so. - was ham Sie denn
      das Anamneseblatt>
```

Der Arzt beginnt die Anamnese mit der Frage *sind Sie zum erstn Mal bei uns?* (Fl. 001). Diese Frage ist (noch) kein Teil eines Anamnesebereichs, sie ist auch nicht personenbezogen auf den Patienten ausgerichtet, dient also nicht etwa dazu zu eruieren, wieweit der Patient mit den Usancen der Abteilung bzw. des Krankenhauses vertraut ist oder ob er ausführlichere Informationen benötigt etc. Diese Frage dient routinemäßig der ärztlichen Entscheidung, wie ausführlich die Anamneseerhebung zu gestalten ist (vgl. Hein et al. 1985). Im Falle von früheren Aufenthalten in demselben Krankenhaus sind üblicherweise Krankengeschichten dieser PatientInnen mit Daten und Informationen vorhanden, die herangezogen werden können und so den Ablauf der Anamnese entsprechend verkürzen. Mit der Bejahung des Patienten entscheidet der Arzt, daß er alle Anamnesebereiche abarbeiten wird. Ab jetzt ist er auf eine vollständige Anamneseerhebung eingestellt und hat ein weitgehend klares Ablaufschema der nun folgenden Interaktion 'im Kopf'. Dieser Entscheidungsprozeß des Arztes wird auf sprachlicher Ebene aber nicht explizit. Der Befund ist an dieser Stelle des Gesprächs zwar nicht unmittelbar problematisch, er ist jedoch symptomatisch für die gesamte folgende Interaktion. Die gesprächs-

initiiierende Äußerung des Arztes ist scheinbar phatisch und beziehungsgestaltend, tatsächlich ist sie funktional auf den geplanten Anamneseablauf bezogen und damit auf das institutionelle Relevanzsystem ausgerichtet. Der tatsächliche Zweck dieser ärztlichen Frage wird für den Patienten nicht transparent. Das bedeutet, daß schon vom allerersten Beginn des Gesprächs an für die beiden Beteiligten unterschiedliche Interaktionsbedingungen gelten.

Wie wird nun der erste thematische Bereich eingeführt?

001
Am: sind Sie zum erstn Mal bei uns? <(3 sec)>
Pm: ja.
<Am beschreibt

002
Am: so. - was ham Sie denn
das Anamneseblatt>

003
Am: für/ah gibts in der Familie irgendwelche

004
Am: auffällign Krankheitn? Herzinfarkt, Schlagan=
Pm: na.

005
Am: fall, Krebs? Tuberkolose?
Pm: nein. auch nicht. meine

Der Arzt beendet seine Schreibtätigkeit und kündigt eine neue Handlungseinheit an, ausgedrückt durch die Gliederungspartikel *so* (Fl. 002). Er beginnt mit einer Frage, die mit der Weiterführung *für Kinderkrankheiten gehabt* die typische Eingangsfrage für den Bereich <Kinderkrankheiten> ist (vgl. Fl. 011 unten). Er unterbricht sich dabei jedoch selbst und stellt die Eingangsfrage zum Bereich <Familienanamnese>.⁶ Daran direkt anschließend gibt er dem Patienten die medizinisch relevanten Inhalte dieses Bereichs zur Beantwortung vor. Der Grund dafür liegt darin, daß die Formulierung der Frage *auffällige Krankheiten* dem Patienten keine eindeutigen Hinweise über die Inhalte und Informationen gibt, die aus *medizinischer* bzw. institutioneller Sicht relevant sind und die mit diesem Anamnesebereich erhoben werden sollen.

An dieser Stelle kommt es zu einer aufschlußreichen Sequenz:

005
Am: fall, Krebs? Tuberkolose?
Pm: nein. auch nicht. meine

006
Am: - ja' da wollt
Pm: Mutter war auch zuckerkrank.

007
Am: ich eh grad drauf zurückkommen. außer der Mutter?

⁶ Dieser Arzt gibt im Interview als typischen Anamneseverlauf "zuerst die Krankheiten in der Familie, dann die Kinderkrankheiten, dann jetzige Krankheiten ..." an; er korrigiert sich bei diesem Wechsel der Bereiche also möglicherweise in seiner persönlichen Routine der Routine "Anamnesegespräch".

008

Am: wann hat die Mutter den Zucker
Pm: eigentlich nicht.

009

Am: bekommen?
Pm: jo des is zirka, - - Ende der dreißiger

Der Patient hat als langjähriger Diabetiker Erfahrung mit dem Gesundheitswesen und diversen Formen von Arzt-Patient-Gesprächen; deshalb weiß er, daß das Auftreten von Diabetes in seiner Familie in seinem Fall eine medizinisch relevante Information ist. Statt die Frage des Arztes nach Tuberkulosefällen in der Familie zu beantworten, bringt er die Information ein: *meine Mutter war auch zuckerkrank* (Fl. 005/006).

Mit dieser Äußerung als Reaktion auf die Frage *Tuberkulose?* des Arztes steigt der Patient das erste Mal in dieser Anamnese aus der Abfolge der Frage-Antwort-Sequenzen aus. Damit mißachtet er erstens die interaktiven Obligationen dieser Paarsequenz, zweitens formuliert er eine eigeninitiative Äußerung. Die Reaktion des Arztes auf diese Äußerung des Patienten ist gesprächsorganisatorisch komplex: Der erste Teil *ja' da wollt ich eh grad drauf zurückkommen* (Fl. 006/007) stellt eine Markierung dieser Initiative als interaktiven Zwischenfall dar (Holly 1979) und ist damit als eine Reglementierung dieses Gesprächsverhaltens zu sehen; der zweite Teil *außer der Mutter?* (Fl. 007) ist eine Frage, initiiert also wieder eine Frage-Antwort-Sequenz, und stellt damit die bisherige Zuordnung der interaktiven Verpflichtungen wieder her.

Ein Grund für diese Reaktion des Arztes liegt sicherlich in der gängigen, stereotypen Vorstellung von Ärzteseite, PatientInnen hätten generell eine übergroße Erzählbereitschaft und müßten deshalb von Anfang an durch eine straffe Gesprächsführung darin gezügelt werden.⁷ Der frühe, eigeninitiative Beitrag des Patienten scheint für den Arzt ein Indiz dafür zu sein. Ein zweiter Grund ist der zeitliche Aspekt: Eine umfassende und damit relativ zeitintensive Anamnese befindet sich in ihrem Anfangsstadium. Wie schon erwähnt, bevorzugen ÄrztInnen aufgrund der Vielzahl an PatientInnen und der Menge an Verwaltungsaufgaben kooperative und interaktiv zurückhaltende PatientInnen, die den geplanten zügigen Routineablauf nicht stören. Durch die Reglementierung des Arztes soll der Patient gleich von Anfang an zu verstehen bekommen, daß Initiativen von seiner Seite nicht erwünscht sind.

Die Konsequenz davon ist, daß der Patient im weiteren Gespräch keine derartigen Initiativen mehr setzt, bzw. er sich sogar bei Ausführungen, die vom Arzt initiiert werden, explizit der Zustimmung des Arztes versichert (*soweit Sie des brauchn, Herr Doktor* (Fl. 037)):

034

Am: Sie meinen Sie ham das Ganze wieder aus=

⁷ Untersuchungen haben gezeigt, daß PatientInnen üblicherweise *nicht*, wie von ÄrztInnen fälschlicherweise angenommen, sofort und an jedem beliebigen Punkt ausführlich zu erzählen beginnen, sondern sich stark an tatsächlichen Erzählaufforderungen der ÄrztInnen orientieren (Helmich et al. 1991, Lalouschek 1995).

035
 Am: gschiedn, oder wie?
 Pm: ja.ja' - ja. also der Zucker

036
 Pm: is - seit/- - aggressiv is er eigentlich gstiegn/

037
 Pm: - i man soweis/soweit Sie des brauchn, Herr

038
 Am: mhm.'
 Pm: Doktor - jo' aggressiv is er gstiegn vor 4

Doch zurück zum Bereich <Familienanamnese>. Der Arzt beendet die diabetes-spezifische Familienanamnese in Fläche (011):

011
 Am: also Alterszucker, net' so. was ham Sie denn
 Pm: ja'

012
 Am: für Kinderkrankheitn ghabt?
 Pm: Masern, - Schaf=

013
 Am: Mumps Röteln?
 Pm: blattern, (5 sec) > Mumps, - jo.
 Am schreibt>

014
 Pm: na bittschön Röteln, - des k:ann ich NICHT sicher

015
 Am: Diphtherie? Keuchustn? - Scharlach?
 Pm: sagn. nicht. nein.

016
 Am: und seit der Kindheit, - Spitalsaufent=
 Pm: auch nicht.

017
 Am: halte, Operationen' Mandeln' Blinddarm?
 Pm: na - Prostekt/

018
 Am: des war die ERste Operation in
 Pm: Prostatatektomie.

019
 Am: Ihrem Lebmn? wann?
 Pm: ah ah Leistnbruch, beidseitiger

Wie in Fläche (002) schließt der Arzt mit der Gliederungspartikel *so* (Fl. 011) den Bereich <Familienanamnese> ab und beginnt mit der routinemäßigen Einstiegsfrage des Bereichs <Kinderkrankheiten>. Bei diesem Inhalt gibt es kaum Divergenzen zwischen der professionellen und der Laienperspektive. So kann der Patient spontan die Kinderkrankheiten nennen, die ihm einfallen. Die noch verbleibenden werden wiederum vom Arzt einzeln abgefragt. Mit der Frage *und seit der Kindheit* ... (Fl. 016) leitet der Arzt den Bereich <frühere Erkrankungen, Krankenhausauf-

enthalte und Operationen> ein und stellt mit der Frage *Spitalsaufenthalte, Operationen' Mandeln' Blinddarm?* (Fl. 016/17) wieder die medizinisch relevanten Inhalte zur Disposition.

Diese erste Sequenz dieser Anamnese setzt sich also aus den Bereichen <Familienanamnese>, <Kinderkrankheiten> und <frühere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen> zusammen. Die Analyse macht deutlich, wie der Arzt vor dem Hintergrund seines Fach- und Routinewissens einen Bereich nach dem anderen einführt, wie er das Gespräch damit thematisch steuert und durch das detaillierte Abfragen von einzelnen Inhalten die Antwortmöglichkeiten des Patienten so leitet, daß genau der professionelle bzw. institutionelle Zweck der jeweiligen Frage ausgeführt wird. Darüber hinausgehende Initiativen des Patienten werden reglementiert. So übernimmt der Arzt die komplette Kontrolle über den Interaktionsablauf.

Von anderer Qualität ist der Bereich <aktuelle Beschwerden>. Bei diesem Bereich könnte man erwarten, daß die entsprechende Darstellung stärker vom Patienten getragen wird. Da der Arzt nur global über die Einweisungsursache informiert ist und der Patient ja der Erlebende der Krankheit ist, könnte er hier dem Arzt ein umfangreicheres Bild der Gesamtbeschwerden liefern. Eine Eingangsfrage, die eine solche Darstellung initiieren könnte, wäre z.B. ganz allgemein "Erzählen Sie mir, warum Sie jetzt ins Krankenhaus gekommen sind" oder - im Falle dieses Patienten - "Können Sie mir erzählen, wie sich das mit Ihrem Zucker entwickelt hat". Zudem bietet die herkömmliche Anamnese keinen weiteren Bereich, in dessen Rahmen der Patient kommunikative Möglichkeiten hätte, über die reine Beantwortung der ärztlichen Fragen hinauszugehen.

Der Arzt beendet den Bereich <frühere Erkrankungen etc.> mit einer abschließenden Nachfrage *und sonst nix* (Fl. 021). Da der Patient verneint, führt er mit der Frage *und: seit wann ham Sie jetzt den Zucker?* (Fl. 022) den Bereich <aktuelle Beschwerden> ein:

028

Am: mhm.' - gut. und sonst nix. und: seit
Pm: NA.'- na.

029

Am: wann ham Sie jetzt den Zucker?
Pm: wissentlich seit: -

030

Pm: dem Jahr 1963. -- moment' moment' daß ma nix/

Die Frage, die der Arzt als Eingangsfrage zu diesem Bereich stellt, eliziert jedoch entgegen den oben formulierten Erwartungen keine Darstellung des Patienten, sondern fordert eine ganz konkrete, inhaltliche Antwort: *seit wann ham Sie jetzt den Zucker?* (Fl. 028/29). Damit wird der Patient auf indirekte Weise darüber 'informiert', daß auch die Erhebung seiner aktuellen Beschwerden primär durch stark steuerndes ärztliches Fragen geleitet sein wird.

Andererseits ist der Arzt aber gerade bei diesem Bereich auf Darstellungen des Patienten angewiesen, um aus ihnen seine diagnostischen Schlüsse ziehen zu können. So steht er vor dem Problem, daß er zwar ausführlichere Schilderungen des Patienten benötigt, auf die er in ihrer Gesamtheit jedoch nicht eingehen kann. Die diskursive Strategie, die sich daraus entwickelt, ist, den Patienten kurz erzählen

zu lassen, das medizinisch Relevante aus der Darstellung herauszusuchen und nur auf dieses in den weiterführenden Fragen einzugehen. Dieses Verfahren wird als "context-stripping" (Mishler 1984) oder auch als "Fragmentierung der Beschwerden" (Lalouschek 1994c) bezeichnet.

Dazu ein Beispiel: Der Arzt nimmt einen früheren Hinweis des Patienten auf, daß sein Blutzucker seit der Ischiasbehandlung ständig gestiegen sei. Mit der unvollständigen Äußerung *und seither is der Zucker - nicht mehr* (Fl. 044/45) initiiert er eine Darstellung des Patienten:

044
Am: vier oder drei? und seither
Pm: JO. Ischialgie. drei.

045
Am: is der Zucker - nicht mehr
Pm: na, - es is: eigent=

046
Pm: lich immer gstIEGN, - und leider auch das

047
Pm: Gewicht immer weniger gewordn. nicht' (3 sec)

048
Pm: also schön langsam, aba aba aba - - ich habe

049
Am: und wie hoch
Pm: mich JAHRE lang auf 65 Kilo gehalten,

050
Am: war der Blutzucker jetz? am höchstn?
Pm: ah - der

051
Pm: Oberarzt Z. hat gsagt, i glaub 370.

Der Patient schildert, daß sein Blutzucker gestiegen und dabei auch sein Gewicht immer weniger geworden sei (eine typische Symptomatik). Der Arzt stellt weiterführend die Frage *und wie hoch war der Blutzucker jetz?* (Fl. 048). Damit bezieht er sich lediglich auf den ersten Teil der Darstellung des Patienten (*immer gstIEGN* (Fl. 045)) und klärt ihn medizinisch auf die genauen Werte ab. Der zweite Teil der Darstellung, die Gewichtsabnahme, wird in diesem Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt wiederaufgenommen. Der Grund dafür ist, daß es sich hierbei um eine medizinisch relevante Information handelt. Wenn die Patientendarstellungen darüber hinausgehende, persönliche Inhalte ansprechen, werden sie von den ÄrztInnen mit diesem kommunikativen Verfahren zumeist übergangen und nicht weiter thematisiert (vgl. Rehbein 1986, Lalouschek 1993).

Trotz der rigiden ärztlichen Gesprächsführung kommt es in dieser Anamnese dennoch mehrmals dazu, daß der Patient von sich aus erzählt bzw. für ihn und seine Erkrankung relevante Themen expandiert. Dazu nützt er die längeren Pausen, die regelmäßig entstehen, da der Arzt während des Gesprächs auch den Anamnesebogen ausfüllt.

Der Patient ist zur Einstellung auf Insulin auf die Abteilung überwiesen worden. Der Arzt erkundigt sich nach dem einweisenden Facharzt und dessen Begründung:

067

Pm: und jetzt/ - i war bei den Diabetikerlehrgängen,

068

Am: Sie solln
Pm: net' - also da hat er gsagt, - - mir kummen/ mir

069

Pm: kummen wahrscheinlich nicht mehr ohne Insulin

070

Pm: durch, net' <(4 sec) s arbeit einfach nimmer, sag i.
< Am schreibt

071

Pm: (5 sec) eigentlich hats ja verhältnismäßig lang
Am schreibt

072

Pm: gehaltn mit Tablett. denn normal is/ normaler=
Am schreibt

073

Pm: weise sagt ma 10 bis - 12 Jahr glaub i - und is
Am schreibt

074

Pm: aber doch immerhin bei mir 20 Jahre daß i mit
Am schreibt

075

Am: mhm.' guat.
Pm: mit Tablett. durchgekommen bin, net' >
Am schreibt >

076

Am: - ham Sie Kinder?
Pm: ja' - schon erwachsene natür=

Für einen chronisch Kranken ist es ein vom Erleben her bedeutsamer und potentiell beängstigender Einschnitt in seiner Krankengeschichte, wenn eine langjährige Therapie zu greifen aufhört und durch eine massivere ersetzt werden muß. Als der Arzt die Informationen zum Einweisungsmodus notiert, beginnt der Patient, dieses emotional relevante Erleben zu artikulieren. Die potentiell beängstigende Erfahrung ist, es (die bisherige Therapie oder der Körper) *arbeit einfach nimmer* (Fl. 070), die gleichzeitige Selbstberuhigung ist, daß er jedoch wesentlich länger mit Tabletten durchgekommen sei als der Durchschnitt.

Diese Ausführung des Patienten wird vom Arzt, als er mit der Niederschrift fertig ist, mit einem bestätigenden *mhm* (Fl. 075) quittiert. Die Gliederungspartikel *guat* (Fl. 075) beendet diesen Bereich und der Arzt fährt mit einer Frage aus dem Bereich <Familianamnese> fort, die er vermutlich zu Beginn vergessen hatte. Der Arzt hatte diese Darstellung nicht eingefordert, sondern war mit einer fachlichen Tätigkeit, dem Ausfüllen des Anamneseblattes, beschäftigt, sie erfolgte eigeninitiativ vom Patienten. Aufgrund *seiner* Kommunikationsregeln muß der Arzt auf diese Äußerungen deshalb nicht weiter eingehen, alltagsweltlich läßt sich jedoch kaum ein schärferer Themenwechsel denken. So konnte der Patient zwar etwas für ihn persönlich Wichtiges erzählen, ohne dabei unterbrochen zu werden; da diese Inhalte vom Arzt aber nicht aufgenommen und weiter thematisiert wer-

den, ist diese verbale Strategie für ihn dysfunktional. Ein gängiges Argument von ÄrztInnenseite in bezug auf ihre Strategie des "Überhörens" ist, daß sie derartige Darstellungen oder Bemerkungen von PatientInnen natürlich oft mithörten, auch wenn sie nicht explizit darauf eingingen. Das Problem ist, daß es sich bei dieser Argumentation lediglich um eine weitere Variante institutioneller Machtausübung handelt, in der sich die (interaktive) Ungleichheit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen manifestiert: Wenn PatientInnen etwas für sie Relevantes erzählen wollen, sind sie gezwungen, Gelegenheiten abzuwarten, in denen ÄrztInnen aufgrund anderer Tätigkeiten am Sprechen gehindert sind; anschließend sind sie vom 'Goodwill' dieser ÄrztInnen abhängig, ob ihre Mitteilungen gehört oder überhört worden sind, und da dies im Gespräch nicht thematisch wird, werden sie selbst darüber im unklaren gelassen.

Oft beinhalten Initiativen und Darstellungen von PatientInnen emotional und psychosozial relevante Inhalte, die über das rein Medizinische hinausgehen, seien es Ängste in bezug auf die Prognose der Erkrankung, seien es Hinweise auf biographische oder psychologische Krankheitsauslöser oder Berichte von belastenden Lebenssituationen (vgl. auch Fiehler 1990). Für diese ist in der Anamnese, wie sie üblicherweise durchgeführt wird, kein Bereich wie etwa *<Darstellung der Erkrankung durch den Patienten/die Patientin>* vorgesehen, obwohl es für die PatientInnen wichtig wäre, die Erkrankung in ihrem erlebten Gesamtzusammenhang zu schildern und damit das Gefühl zu bekommen, auch gesamtheitlich wahrgenommen zu werden oder Trost zugesprochen zu bekommen. So erlaubt diese sprachliche Realisierung des Anamneseschemas den ÄrztInnen auch, sich der Bearbeitung der emotionalen und psychosozialen Anteile von Krankheit zu entziehen. Dies ist insofern verständlich, da der produktive Umgang mit diesen Bereichen eine eigene Schulung benötigt, die in der traditionellen Mediziner Ausbildung, die sich im wesentlichen auf den organischen Anteil von Krankheit konzentriert, nicht erfolgt.

4. Konsequenzen für eine kommunikative Schulung für ÄrztInnen

Es zeigt sich, daß die rigide strukturelle und thematische Gesprächssteuerung der ÄrztInnen im Sinne der institutionellen Zielsetzungen dazu dient, die berufliche Routinetätigkeit "Anamneserhebung" so zügig und effizient wie möglich durchzuführen. Dabei werden jedoch alle Anteile eines genuinen Gesprächs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, die idealerweise auch Teil einer Anamnese sein sollten, ausgeblendet und die Möglichkeiten der PatientInnen, eigenständig am Gespräch mitzuwirken, drastisch eingeschränkt. Über den gesamten Gesprächsverlauf bekommen die PatientInnen die Rolle der Antwortenden zugewiesen, eigeninitiative Äußerungen werden von den ÄrztInnen reglementiert, unterbrochen oder übergangen. Um dennoch Informationen einbringen zu können, die für sie von Relevanz sind, entwickeln PatientInnen verbale Strategien, die sich jedoch als dysfunktional erweisen. Diese Situation wird von den ÄrztInnen zwar als Teil ihrer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus hingenommen, nicht aber als befriedigend erlebt.

Das Problem, das sich nun für die Umsetzung von Vorschlägen für eine verbesserte oder befriedigendere Gestaltung von Anamnesen in Krankenhäusern stellt, ist folgendes: Eine substantielle und langfristig wirksame Veränderung dieser Art der ärztlichen Gesprächsführung bedarf nicht nur einer kommunikativen Schulung von ÄrztInnen, in der die Ergebnisse der linguistischen Forschungen zur Arzt-Patienten-

Kommunikation vermittelt und alternative Gesprächstechniken geübt werden. Wie eingangs erwähnt, sind Anamnesen, die über eine rasche Befunderhebung hinausgehen, vor allem zeitintensiv, daher bedarf es auch institutioneller und organisatorischer Veränderungen, die den zeitlichen Ablauf und das Ausmaß der ärztlichen Tätigkeiten insgesamt betreffen. Derartige ärztliche Gespräche sollten auch ungestört verlaufen und nicht im Krankenzimmer, im Beisein von anderen MitpatientInnen und unterbrochen von anderweitig tätigem Personal, von Telefonanrufen etc. Auf den wenigsten Abteilungen stehen jedoch "Gesprächszimmer" zur Verfügung. Und nicht zuletzt bedarf es der Entwicklung einer entsprechenden personenzentrierten Grundhaltung von ÄrztInnen wie auch Pflegepersonal den PatientInnen gegenüber, da nur eine solche derartige Veränderungen wichtig und gerechtfertigt erscheinen läßt.

Das bedeutet erstens, daß ein diskursanalytisch fundiertes Kommunikationstraining über die Vermittlung von *kommunikativer Kompetenz* hinausgehen und drei weitere Kompetenzen vermitteln muß, nämlich die organisationsanalytische Kompetenz, die Planungskompetenz und die selbstreflexive Kompetenz (vgl. dazu ausführlich Ecker et al. 1993, Menz 1994, Lalouschek 1994b), d.h.

- es muß die institutionellen Bedingungen, in denen ärztliches Handeln passiert, transparent machen (*organisationsanalytische Kompetenz*);
- es muß deutlich machen, daß einer Veränderung der sprachlichen Praxis eine Veränderung der gegebenen institutionellen Arbeitsbedingungen nötig macht, und auch hier gemeinsam Vorschläge erarbeiten (*Planungskompetenz*);
- und es muß die sozialisatorischen Bedingungen der herkömmlichen medizinischen Ausbildung und ihren Einfluß auf die bisherige sprachliche Praxis von ÄrztInnen aufzeigen und bei den ÄrztInnen eine innere Auseinandersetzung mit dem eigenen ärztlichen Tun und mit den erworbenen Einstellungen in Gang setzen (*selbstreflexive Kompetenz*).

Und zweitens bedeutet es, daß - im Unterschied zu anderen Bereichen - die Probleme ärztlicher Gesprächsführung bei Anamnesen nicht durch die Schulung *individueller* kommunikativer Fähigkeiten einzelner Ärzte und ÄrztInnen gelöst werden können, sondern nur durch Beratung und Umorganisation der Institution, also zumindest einer gesamten Abteilung eines Krankenhauses. Denn, wie Meerwein (1986, 120f) ausführt, stößt ein ärztliches Gespräch, das von einzelnen engagierten ÄrztInnen durchgeführt wird, nur allzusehr auf Widerstand von seiten der Institution oder wird durch die entsprechenden Arbeitsbedingungen wie Zeitdruck und fehlende Räumlichkeiten ohnehin von vornherein verhindert.

Langfristig wünschenswert ist natürlich eine obligatorische Einbindung einer solchen umfassenden kommunikativen Ausbildung in das Medizinstudium selbst, und zwar in einem wesentlich größeren Ausmaß, als es bisher geschieht. Dies hätte erstens den Vorteil, daß MedizinstudentInnen sich schon während des Studiums die genannten Kompetenzen als Teil ihres Fachwissens aneignen könnten. Zweitens würde so das ärztliche Gespräch in seinem Stellenwert als genuine ärztliche Tätigkeit adäquat repräsentiert. Und drittens müßten nicht erst durch eine nachträgliche Fortbildung die Defizite und Fehler der Ausbildung beseitigt werden.

5. Anhang

Transkriptionskonventionen

Die SprecherInnenrollen bedeuten:

Aw, Am	Ärztin, Arzt
Pw, Pm	Patientin, Patient

Die Transkriptionszeichen bedeuten:

redn wolln	' steigende Intonation
Herzinfarkt, Schlaganfall	gleichbleibende Intonation
das ist schlimm.	fallende Intonation
ham Sie Kinder?	Frageintonation
-	intonatorische Pause (ca. 0,5 sec.)
--	kurze Pause (ca. 1 sec.)
---	längere Pause (ca. 2 sec.)
(5s)	Pause von 5 sec.
UNfall, KEIN	Betonung der Silbe oder des ganzen Wortes
hattn/wußtn wir	Wort- oder Konstruktionsabbruch
a:ber	Dehnung von Konsonanten oder Vokalen
()	unverständlicher Wortlaut

Literatur

- Adler, R. et al. (Hrsg.)(1990). *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. 4., neubearb. u. erw. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.
- Begemann, H. (Hrsg.)(1976). *Patient und Krankenhaus*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bliesener, T. (1982). *Die Visite - ein verhindertes Dialog*. Tübingen: Narr.
- Ecker, A. et al. (1993). *Veranstaltungsreihe zur didaktischen Weiterbildung für UniversitätslehrerInnen an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien*. Unveröffentlichter Projektantrag. Universität Wien.
- Ehlich, K. et al. (Hrsg.)(1990). *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fehlenberg, D., Simons, C. & Köhle, K. (1990). Die Krankenvsiste - Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: Adler, R. et al. (Hrsg.), 265-285.
- Fiehler, R. (1990). *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin: de Gruyter.
- Holly, W. (1979). *Imagearbeit in Gesprächen*. Tübingen: Niemeyer.
- Hope, R.A. et al. (1990). *Oxford Handbuch der Klinischen Medizin*. 3. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Heim, E. & Willi, J. (1986). *Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht*. Bd. 2. *Klinik und Praxis*. Berlin: Springer.
- Hein, N., Hoffmann-Richter, U., Lalouschek, J., Nowak, P. & Wodak, R. (1985). Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.
- Helmich, P. et al. (1991). *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Heidelberg: Springer.
- Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Hrsg.)(1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Lalouschek, J. (1993). "Irgendwie hat man ja doch bißl Angst." Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen ärztlichen Gespräch. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), 177-190.
- Lalouschek, J. (1994a). "Erzählen Sie mir einfach." - Die psychosoziale Dimension von Krankheit als Problem in der medizinischen Gesprächsausbildung. In: Bliesener, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.), *Rollenspiele*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 195-216.

- Lalouschek, J. (1994b). "Nur ganz normale Sachn." Möglichkeiten und Probleme der Gesprächs-ausbildung von MedizinstudentInnen. In: Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.), 199-217.
- Lalouschek, J. (1994c). "Des is nicht anfallsartig? Des is dauernd?" Wie Ärzte und Ärztinnen ärztliches Sprechen lernen. In: Bachleitner-Held, G. (Hrsg.), *Verbale Interaktion*. Hamburg: Kovac Verlag, 67-86.
- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, J. (1998). "Hypertonie?" - oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, R. (Hrsg.), *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 97-115.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1990). *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.
- Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.)(1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin: de Gruyter.
- Meerwein, F. (1986). *Das ärztliche Gespräch*. Dritte, vollst. überarb. u. erw. Aufl. Bern: Huber.
- Menz, F. (1994). Der Einfluß von medizinischer Ausbildung und von Kontingenzen auf das ärztliche Gespräch im Krankenhaus. In: Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.), 218-234.
- Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Morgan, W.L. & Engel, G.L. (1977). *Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte*. Bern: Huber.
- Quasthoff, U. (1990). Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.), 66-81.
- Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.)(1994). *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rehbein, J. (1986). Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Curare 9*, 297-328.
- Rehbein, J. (1993). Ärztliches Fragen. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), 311-364.
- Roßmanith, S. (1989). Arztrolle - Patientenrolle. In: Ringel, E. & Kropiunigg, U. (Hrsg.), *Medizinische Psychologie*. Wien: Facultas, 28-33.
- Schegloff, E. & Sacks, H. (1973). Opening up closings. In: *Semiotica 8*, 289-327.
- Schettler, G. & Nüssel, E. (1984). Das ärztliche Gespräch und die Anamnese. In: Schettler, G. (Hrsg.), *Innere Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. Bd.1. Stuttgart: Thieme, 1-12.
- Sonneck, G. et al. (1994). *Bildungsziele und Lehrveranstaltungen im Medizinstudium. Lehrzielkatalog der Pflicht- und Wahlfächer*. Wien: Facultas.
- Todd, A.D. & Fisher, S. (Hrsg.)(1993). *The Social Organization of Doctor-Patient-Communication*. 2nd ed. Norwood, NJ: Ablex.
- Uexküll, Th.v. & Wesiak, W. (1990). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. et al. (Hrsg.), 5-38.
- West, C. (1985). *Routine Complications: Troubles with talk between doctors and patients*. Bloomington, IN: Indiana University Press.