

**Johanna Lalouschek**

# **Ärztliche Gesprächsausbildung**

## **Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs**

Die PDF-Datei bewahrt die ursprünglichen Seitenumbrüche und Positionen der Fußnoten in der ersten Auflage des Buches. Alle Zitationen bleiben also gültig, beim Layout und den Zeilenumbrüchen mussten jedoch Veränderungen vorgenommen werden.

Die auf das Deckblatt erfolgenden Leerseiten dienen der Übereinstimmung der Seitenzahlen zwischen der Buchausgabe und der Anzeige im Acrobat®Reader®, was den gezielten Ausdruck vereinfacht.

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2002  
ISBN 3-936656-04-5 (früher 3-531-12730-6)  
<http://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.







# Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	9
1.1. Entwicklung und Standortbestimmung der vorliegenden Studie .....	9
1.2. Grundannahmen und Ziele der Untersuchung.....	10
1.3. Aufbau der Arbeit.....	11
<b>2. Diskursanalyse, Kommunikationsberatung und die Frage der Gesprächsnormen</b> .....	13
2.1. Diskursanalytische Kommunikationsberatung.....	13
2.2. Spezifika diskursanalytischer Forschung im Bereich Kommunikationsberatung.....	14
<b>3. Zur ärztlichen Gesprächsausbildung</b> .....	17
3.1. Studien zum ärztlichen Gesprächsverhalten.....	17
3.2. Modelle zur Gesprächsausbildung für ÄrztInnen.....	19
3.2.1. Strukturveränderungen: das "Ulmer Modell" .....	19
3.2.2. Diskursanalytisch fundierte Gesprächstrainingsprogramme für ÄrztInnen.....	21
3.2.3. Zur Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen .....	22
<b>4. Arzt-Patienten-Kommunikation</b> .....	24
4.1. Ärztliche Sozialisation und medizinischer Diskurs.....	24
4.2. Sozialisation in den medizinischen Diskurs.....	27
4.2.1. Ziele des herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächs - oder die Fragmentierung von Beschwerden.....	27
4.2.1.1. Der fragmentierte Patient.....	29
4.2.2. Die Sozialisierung von MedizinstudentInnen und TurnusärztInnen in den medizinischen Diskurs .....	32
4.2.2.1. Widersprüche und Abwehrstrategien .....	34
4.2.3. Die Sozialisierung von PatientInnen in den medizinischen Diskurs.....	37
4.2.3.1. Der sozialisierte Patient.....	37
4.3. Konsequenzen für die studentischen Anamnesegespräche.....	39
<b>5. Die psychosoziale Medizin</b> .....	41
5.1. Das Konzept der psychosozialen Medizin.....	41
5.1.1. Patientenzentrierte, psychosoziale, psychosomatische Medizin - zur Begriffsbestimmung.....	41
5.1.2. Gesundheit und Krankheit aus psychosozialer Sicht.....	42
5.1.3. Die psychosoziale Haltung .....	43
5.1.4. Die Arzt-Patienten-Beziehung als Diagnoseinstrument .....	45
5.2. Das psychosoziale ärztliche Gespräch: Techniken und Normen.....	47
5.2.1. Die Anamnese als Gespräch - Allgemeines zur psychosozialen Gesprächsführung .....	47

5.2.2. Die unterschiedlichen Informationsebenen.....	48
5.2.3. Die 9 Stufen der Anamneseerhebung.....	50
5.3. Zur Umsetzbarkeit der Gesprächsziele .....	55
5.3.1. Das Gesprächsziel des psychosozialen Anamnesegesprächs.....	55
5.3.2. Zur Umsetzbarkeit der Regelformulierungen .....	56
5.3.3. Fragestellungen der Analyse .....	57
<b>6. Psychosoziale Medizin und therapeutische Kommunikation .....</b>	<b>58</b>
6.1. Das psychosoziale ärztliche Gespräch als therapeutische Kommunikation.....	58
6.1.1. Zur therapeutischen Kommunikation .....	58
6.1.2. Die Regelformulierungen des psychosozialen Gesprächs als therapeutische Handlungen .....	59
6.1.3. Die Kollision zwischen Anspruch und Wirklichkeit .....	62
6.2. Die interaktive Bearbeitung von Bedeutung .....	63
6.2.1. Die Mehrschichtigkeit sprachlicher Äußerungen.....	63
6.2.1.1. Das "Drei-Ebenen-Modell" .....	63
6.2.1.2. Zur Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen im ärztlichen Gespräch.....	64
6.2.2. Die interaktive Bewältigung von Erleben und Emotion .....	68
6.2.2.1. Prozessierungsstrategien .....	68
6.2.2.2. Die Prozessierung von Emotionen im ärztlichen Gespräch.....	69
6.2.3. Die interaktive Bewältigung der unterschiedlichen Bedeutungsebenen.....	70
6.2.3.1. "Und jetzt bin i ganz nervös." .....	70
6.3. Zusammenfassende Fragestellungen.....	73
<b>7. Die Lehrveranstaltung "Anamnesegruppe" .....</b>	<b>75</b>
7.1. Die Anamnesegruppe: konzeptuelle Merkmale und Ablauf.....	75
7.2. Studentenzentriert oder patientenzentriert? - Eine kritische Analyse .....	76
7.2.1. Das Einmal-Gespräch mit den PatientInnen .....	76
7.2.2. Die PatientInnen als Lernobjekte .....	77
7.2.3. Die Reproduktion institutioneller Machtstrukturen in den Student-Patienten-Gesprächen .....	78
7.2.4. Erste Konsequenzen.....	79
7.3. Der Einfluß der Lernsituation auf das Gesprächsverhalten der StudentInnen .....	80
7.3.1. Die "umfassende Diagnose" .....	81
7.3.2. Die "psychosomatische Diagnose" .....	82
7.3.4. Zusammenfassung.....	83
<b>8. Zusammenfassende Fragestellungen und Kategorien der linguistischen Analyse.....</b>	<b>85</b>
8.1. Patientenzentriertes sprachliches Verhalten: linguistische Kategorien .....	85

8.2. "Nicht patientenzentriertes" sprachliches Verhalten: linguistische Kategorien.....	86
8.3. Untersuchungsleitende Fragestellungen .....	87
<b>9. Die linguistische Analyse .....</b>	<b>89</b>
9.1. Allgemeine Vorbemerkungen.....	89
9.2. Der Gesprächsanfang.....	90
9.2.1. Einleitende Informationen .....	90
9.2.2. Die Erzählaufforderung .....	92
9.2.2.1. Die explizite Erzählaufforderung .....	93
9.2.2.2. Die unspezifische Erzählaufforderung .....	95
9.2.2.3. Die offene Frage .....	100
9.2.2.3. Geschlossene Fragen und Mischformen.....	103
9.2.3. Zusammenfassung .....	105
9.3. Die Beschwerdenerzählung .....	107
9.3.1. Der Beschwerdenbericht.....	107
9.3.1.1. Zum Begriff Patienten-Erzählung .....	107
9.3.1.2. Die Stützung des Beschwerdenberichts.....	112
9.3.1.3. Die frühe Unterbrechung des Beschwerdenberichts.....	115
9.3.1.4. "Das ist meine Geschichte" .....	119
9.3.2. Die interaktive Weiterführung des Beschwerdenberichts .....	125
9.3.2.1. Die fakten-orientierte Weiterführung .....	126
9.3.2.2. Die Konfrontation mit dem Gesprächsziel.....	130
9.3.2.2.1. Die direkte Frage nach Zusammenhängen .....	131
9.3.2.2.2. Psychosomatische Kurzformeln .....	136
9.3.2.3. Die Initiierung eigener Themen.....	138
9.3.2.3.1. Der "psychosoziale Bruch" .....	138
9.3.2.3.2. Der nicht nachvollziehbare Themenwechsel.....	141
9.3.2.4. Die patientenzentrierte Erweiterung.....	143
9.3.3. Zusammenfassung .....	146
9.4. Die Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben .....	147
9.4.1. Prozessierungsmechanismen .....	148
9.4.1.1. Die antizipierende Thematisierung von Emotionen .....	148
9.4.1.2. Die Vertiefung .....	152
9.4.1.3. Die Ratifizierung .....	153
9.4.1.3.1. "Österreichischer Staatsbürger. 21 Jahre." - eine Patientenkritik.....	155
9.4.1.4. Das Übergehen .....	156
9.4.1.5. Die "psychosoziale" Frage als Prozessierungsmechanismus.....	158
9.4.2. Deutungsähnliche sprachliche Handlungen und die Frage der Verantwortung.....	160
9.4.3. Aushandlungsprozesse .....	162
9.4.3.1. Die Manifestation des widersprüchlichen Gesprächsverhaltens .....	163
9.4.3.2. Die Aushandlung der gesprächsrelevanten Bedeutungsebene.....	164
9.4.3.3. Die Klärung des Gesprächsziels .....	166

9.4.4. Zusammenfassung.....	168
9.5. Die Gesprächsbeendigung.....	169
9.5.1. Die abschließende Erzählaufforderung .....	170
9.5.1.1. Die Frageaufforderung .....	170
9.5.1.2. Die unspezifische Erzählaufforderung.....	171
9.5.1.3. Die Erzählaufforderung als versteckte Bewertung .....	171
9.5.1.4. PatientInnen beenden das Gespräch.....	172
9.5.1.5. Das Dilemma der angemessenen Realisierungsvarianten.....	173
9.5.2. Die Funktionalisierung der psychosozialen Regelformulierung .....	176
9.5.3. Der Gesprächsabschluß.....	177
9.5.4. Zusammenfassung.....	178
<b>10. Ergebnisse und Konsequenzen .....</b>	<b>180</b>
10.1. Zum patientenzentrierten Gesprächsverhalten.....	180
10.1.1. Psychosozial relevantes Handeln .....	180
10.1.2. Die psychosozialen Regelformulierungen .....	183
10.2. Konsequenzen für diskursanalytische Gesprächstrainingspro- gramme .....	186
10.2.1. Inhaltliche Änderungen.....	186
10.2.2. Konzeptuelle Änderungen .....	188
10.2.2.1. Postpromotionelle medizinische Gesprächsausbildung.....	188
10.2.2.2. Studiumsbegleitende medizinische Gesprächsausbildung.....	188
<b>11. Ausblick .....</b>	<b>191</b>
<b>12. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>192</b>
<b>13. Anhang.....</b>	<b>206</b>
13.1. Das Datenmaterial.....	206
13.2. Zur Transkriptionsnotation .....	207
13.3. Das Gespräch (4-1/B).....	207

## 1. Einleitung

### 1.1. Entwicklung und Standortbestimmung der vorliegenden Studie

Vor einigen Jahren wurde an der II. Medizinischen Universitätsklinik in Wien im Rahmen eines Forschungsprojektes der Modellversuch "Medizinisches Fachtutorium - Anamnesegruppe" durchgeführt (Deusch et al. 1989). In Gesprächen mit Patienten und Patientinnen sollten MedizinstudentInnen lernen, über die aktuelle Erkrankung oder Krankengeschichte hinausgehend, die jeweiligen Symptome in einem sinnvollen lebensgeschichtlichen oder psychodynamischen Kontext zu erfassen, also ein sogenanntes "psychosozial erweitertes Anamnesegespräch" zu führen. Langfristig zugrundeliegendes Ziel dieses Projektes war es, das Erlernen des ärztlichen Gesprächs in das Medizinstudium zu integrieren. Damit sollte dem zunehmenden Bedürfnis vieler MedizinstudentInnen nach einem verbesserten Kontakt mit PatientInnen und auch einem wesentlichen Desiderat der bisherigen Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation entsprochen werden.

In der Praxis verliefen diese Anamnese- bzw. Erstgespräche folgendermaßen: Die StudentInnen, die auf freiwilliger Basis an dieser Lehrveranstaltung teilnahmen, arbeiteten direkt in Krankenhäusern und Kliniken in Kleingruppen von ca. 8 Personen, jeweils von einem Tutor/einer Tutorin supervidiert. Über zwei Semester fand jede Woche eine Gruppensitzung statt. Pro Sitzung führte ein Student/eine Studentin ein Anamnesegespräch mit einem/r stationären Patienten/in in einem extra dafür zur Verfügung gestellten Raum, wobei die restliche Gruppe zuhörte. Die Länge der Gespräche schwankte zwischen 20 und 50 Minuten. Anschließend erfolgte - ohne Teilnahme des Patienten/der Patientin - ein balint-ähnliches einstündiges Gruppengespräch, in dem die in den jeweiligen Gesprächen beobachteten Probleme der Student-Patienten-Beziehung reflektiert wurden.<sup>1</sup>

Auf den ersten Blick stellten diese studentischen Anamnesegespräche *konzeptuelle Idealvarianten* des ärztlichen Gesprächs dar, da sie nicht den vielfältigen, institutionell bedingten Restriktionen des herkömmlichen Arzt-Patienten-Diskurses wie Zeitmangel oder somatisch-technisches Krankheitsverständnis unterworfen

---

<sup>1</sup> Die Methode der Balint-Gruppe geht auf den ungarischen Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint zurück. Sie besteht darin, daß ÄrztInnen in regelmäßig zusammenkommenden Kleingruppen unter therapeutischer Supervision lernen, über die Besprechung von konkreten Fällen aus ihrer Praxis, sich selbst in der Beziehung zu ihren PatientInnen zu erkennen, ihre Gefühle und ihnen nicht bewußte Vorgänge in der Interaktion mit den PatientInnen wahrzunehmen und somit zu einer gesamtheitlichen Betrachtungsweise ärztlichen Handelns zu gelangen (vgl. dazu Stucke 1990, Bauriedel 1991, sowie ausführlich (4.1.) und (5.1.4.).

waren. Im Rahmen einer ersten linguistischen Begutachtung (vgl. Lalouschek 1989) erwiesen sich die Gespräche zwischen den StudentInnen und den PatientInnen jedoch als für beide Seiten überaus schwierige und konfliktreiche kommunikative Ereignisse; auch ein erster Vergleich der Gespräche aus der Anfangs- und der Endphase der 2-semesterigen Lehrveranstaltung ließ keine Rückschlüsse auf eine generell meßbare Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten bei den StudentInnen zu.

Zugleich mit einem jüngeren Schwerpunkt der angewandten Sprachwissenschaft, der Entwicklung von Kommunikationstrainingsprogrammen auf diskursanalytischer Basis und der Durchführung diskursanalytischer Begleitforschung zu Gesprächsschulungen entwickelte sich mein Interesse, den Ursachen dieser schwierigen Kommunikationsprozesse auf die Spur zu kommen und gesprächsanalytisch fundierte Veränderungsvorschläge für diese Lehrveranstaltung zu entwerfen.

Somit ist die vorliegende Arbeit als Pilotstudie zu verstehen, in der erstmals und notwendigerweise fallstudienartig die Bedingungen und Ergebnisse eines Gesprächsausbildungsmodells für MedizinstudentInnen diskursanalytisch untersucht werden. Für eine Verallgemeinerung und Differenzierung der Ergebnisse sind weiterführende Studien, in denen vor allem auch die Auswirkungen der Veränderungsvorschläge neuerlich analysiert und eine Evaluation der Trainingseffekte durchgeführt werden könnten, gleichermaßen notwendig wie wünschenswert.

## **1.2. Grundannahmen und Ziele der Untersuchung**

Die Grundannahme meiner Arbeit ist, daß die in den Anamnesegruppen stattfindenden Student-Patienten-Gespräche sich in folgendem Spannungsfeld befinden: zwischen der somatisch orientierten medizinischen Ausbildung und ihrer krankheitszentrierten kommunikativen Praxis, zwischen dem patientenzentrierten Ansatz der psychosozialen Medizin und zwischen den konzeptuellen Bedingungen der Lehrveranstaltung selbst. Jeder dieser Bereiche, auch die Lehrveranstaltung selbst, definiert je spezifische Zielvorstellungen bzw. Normen bezüglich der Gestaltung und des Ablaufs eines ärztlichen Gesprächs. Diese Zielvorstellungen sind jeweils in sehr unterschiedlicher Weise explizit formuliert und decken sich nicht immer mit ebenfalls vorhandenen impliziten oder verdeckten Zielvorstellungen, die aufgrund der Indirektheit umso nachhaltiger wirksam und umso veränderungsresistenter sind.

Die weitere Annahme ist, daß die Zielvorstellungen aus den genannten Bereichen, explizite wie implizite, je spezifische Anforderungen an das Sprachverhalten der ÄrztInnen bzw. MedizinstudentInnen und PatientInnen stellen und die Gesprächssituation in der Anamnesegruppe daher mit unterschiedlichen, möglicherweise miteinander kollidierenden Gesprächsnormen überfrachtet ist. Diese Überfrachtung wirkt sich negativ auf das Lehrziel aus, ein psychosoziales Anamnesegespräch zu führen.

Ein Ziel meiner Arbeit ist es deshalb, jeden einzelnen Bereich auf seine expliziten und impliziten Zielsetzungen zu untersuchen, diese in ihren Anforderungen an das verbale Verhalten zu beschreiben und anhand des Textmaterials Wechselwirkungen und dysfunktionale oder kontraproduktive Einflüsse sichtbar zu machen. Im besonderen betrifft dies das Gesprächsführungskonzept, auf dem diese Lehrveranstaltung basiert, die Technik der psychosozialen Anamneseerhebung: anhand des Textmaterials sollen die in diesem Konzept formulierten Gesprächsregeln und Verhaltensnormen erstmals von diskursanalytischer Seite her auf deren tatsächliche Funktionalität und Umsetzbarkeit in aktuellen Gesprächen untersucht werden. Auf der Basis vorhandener linguistischer Konzepte soll so ein sprachliches Verhaltensrepertoire und Alternativenspektrum beschrieben werden, das für die verbale Umsetzung einer psychosozialen Haltung geeignet ist.

Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung ist es dann, anhand der allgemeintheoretischen Überlegungen zur medizinischen Kommunikation und der Ergebnisse der Analysen, Vorschläge für mögliche und notwendige konzeptuelle und inhaltliche Veränderungen der Lehrveranstaltung zu erarbeiten, so daß diese ihrer Zielsetzung, MedizinstudentInnen die Fähigkeit zu vermitteln, eine patientenzentrierte Einstellung in ein patientenzentriertes kommunikatives Verhalten umzusetzen, auch tatsächlich gerecht werden kann.

Damit entspricht die vorliegende Arbeit in ihrer Konzeption den Anforderungen der Angewandten Gesprächsforschung (Becker-Mrotzek/Brünner 1992:14) und der Kritischen Linguistik (Wodak 1989, Menz 1989), mit den Schritten

- empirische Dokumentation authentischer Gespräche
- deren funktionale und strukturelle Analyse
- Identifikation von Problemen der Kommunikation
- Praxisbezug

und versteht sich sowohl als Beitrag zur Grundlagenforschung im Bereich institutionellen Sprachverhaltens als auch als Beitrag zur Anwendungsforschung im Bereich der Entwicklung von Kommunikationstrainingskonzepten auf diskursanalytischer Basis.

### **1.3. Aufbau der Arbeit**

In *Kapitel 2* wird die Methodik diskursanalytischer Forschung im Bereich Kommunikationsberatung dargestellt, die Methodik, die dieser Arbeit zugrundeliegt, sowie die Bedeutung von Gesprächsnormen diskutiert. *Kapitel 3* enthält einen Überblick über die wichtigsten Forschungsergebnisse zur medizinischen Kommunikation sowie über bisher durchgeführte diskursanalytisch fundierte Gesprächsschulungskonzepte für ÄrztInnen, die auf diesen Ergebnissen basieren. Anschließend erfolgt eine Darstellung der verschiedenen normativen Hintergründe, die für die, in der Lehrveranstaltung stattfindenden Student-Patienten-Gespräche bedeutsam sind. In *Kapitel 4* werden die sozialisationen Mechanismen der herkömmlichen

chen medizinischen Ausbildung und der sprachlichen Praxis ärztlicher Behandlung untersucht, in *Kapitel 5* erfolgt eine Beschreibung des Konzepts der psychosozialen Medizin sowie eines Modells zur psychosozialen Gesprächsführung, das der Lehrveranstaltung im Sinne eines "Gesprächsschulungsmodells" zugrundeliegt. *Kapitel 6* setzt sich mit der therapeutischen Qualität psychosozialer Arzt-Patienten-Gespräche auseinander sowie mit linguistischen Studien, in denen es um die Kategorisierung professionellen therapeutischen Gesprächsverhaltens und damit zusammenhängend, um die Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen und um die interaktive Bearbeitung von Erlebensinhalten und Emotionsdarstellungen geht. In *Kapitel 7* werden die konzeptuellen Merkmale der Lehrveranstaltung selbst und die spezifischen kommunikativen Bedingungen der Gesprächssituation "psychosoziales Gespräch in der Anamnesegruppe" einer kritischen Betrachtung unterzogen. Die anschließende linguistische Analyse der Gespräche (*Kapitel 9*) konzentriert sich auf folgende Gesprächsabschnitte: auf den Gesprächsanfang (9.2.), die erste Beschwerdendarstellung der PatientInnen (9.3.), die interaktive Bewältigung von Erlebensdarstellungen (9.4.) sowie auf den Gesprächsabschluß (9.5). Abschließend werden aufgrund dieser Ergebnisse Vorschläge zur inhaltlichen und konzeptuellen Veränderung dieser Lehrveranstaltung entwickelt und diskutiert (*Kapitel 10*). Der Anhang (*Kapitel 13*) enthält einen Überblick über das Datenmaterial sowie ein vollständig verschriftetes Gespräch.

## **2. Diskursanalyse, Kommunikationsberatung und die Frage der Gesprächsnormen**

Die Entwicklung von Kommunikationsberatung auf diskursanalytischer Basis und die Durchführung diskursanalytischer Begleitforschung zu Kommunikationstrainings ist ein ganz junger Bereich der anwendungsbezogenen Sprachwissenschaft, der in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung und Eigenständigkeit gewonnen hat. Aus diesem Grund möchte ich im folgenden ganz prinzipiell auf seine Inhalte und Zielsetzungen eingehen.<sup>2</sup>

### **2.1. Diskursanalytische Kommunikationsberatung**

Diese rasche Entwicklung und das steigende Interesse an diskursanalytisch fundierter Kommunikationsberatung als Alternative zu herkömmlichen Kommunikationsberatungsformen wurde durch folgende Faktoren begünstigt: einerseits verfügt die diskursanalytische Forschung mittlerweile über große Mengen an Untersuchungsergebnissen zur Kommunikation in beruflichen und/oder institutionellen Bereichen wie Schule und betriebliche Ausbildung, Gesundheitswesen, therapeutische Versorgung, Beratungsstellen, Gericht und Bürger-Verwaltungs-Stellen, um nur die wichtigsten zu nennen.<sup>3</sup> Dieser hohe Stand an Erfahrungen und Erkenntnissen und das sich immer wieder stellende Forschungsdesiderat, Veränderungen in der kommunikativen Praxis einzuleiten, ließ die Bearbeitung von Forschungsergebnissen und deren Umsetzung im Rahmen von Kommunikationsschulungen als sinnvoll erscheinen.

Zum anderen gewinnt Kommunikation immer größere gesellschaftliche und individuelle Bedeutung (hierbei folge ich den Ausführungen von Fiehler/Sucharowski (1992:24f)): Das Schlagwort von der zunehmenden Versprachlichung der Gesellschaft meint, daß immer größere Anteile gesellschaftlichen und individuellen Handelns kommunikativ erfolgen und daß immer differenziertere Kommunikationsformen wie institutionelle, medialvermittelte und technisierte Kommunikation aktiv und passiv bewältigt werden müssen. Damit vermehren sich aber auch Kom-

---

<sup>2</sup> Grundlegende Anregungen dafür sowie für meine Arbeit insgesamt verdanke ich dem Arbeitskreis "Angewandte Gesprächsforschung", der 1987 von deutschen SprachwissenschaftlerInnen ins Leben gerufen wurde und der seitdem regelmäßig zwei Mal jährlich stattfindet. Der Arbeitskreis versteht sich als Forum für alle Fragen der Anwendung von Diskursforschung und ermöglicht einen regelmäßigen, intensiven Austausch für empirisch arbeitende DiskursforscherInnen (vgl. Becker-Mrotzek/Brünner 1992).

<sup>3</sup> Ein ausführlicher Überblick findet sich in Ehlich (1992), Becker-Mrotzek (1990/1992) und Fiehler/ Sucharowski (1992).

munikationsprobleme jeglicher Art. Dies führt zu einem stetig steigenden Bedarf an Kommunikationsberatung und -schulungen, aber auch zu einem Bedarf an Analysen von kommunikativen Problemstellen.

Die angebotenen, traditionellerweise rhetorisch und/oder psychologisch fundierten Kommunikationstrainings geraten jedoch zunehmend in eine Krise, da sie von ihrer Konzeptualisierung her vielfach nicht speziell auf die spezifischen kommunikativen Bedingungen, Bedürfnisse und Problemlagen der Institutionen und Betriebe zugeschnitten sind. Und so entsteht bei steigendem Kommunikationsberatungsbedarf zunehmend Unzufriedenheit bei den KlientInnen, die solche Trainings in Anspruch nehmen, zugleich wachsen auch die Zweifel an deren dauerhafter Effizienz.

## 2.2. Spezifika diskursanalytischer Forschung im Bereich Kommunikationsberatung

Wie schon erwähnt, kann die Diskursforschung zum einen auf umfangreiche, empirisch fundierte Forschungsergebnisse zur kommunikativen Praxis und deren Problemstellen aus einer Vielzahl von gesellschaftlich relevanten Bereichen zurückgreifen. Zum anderen bietet die linguistische Arbeitsweise mit den Schritten Erhebung authentischen Materials aus dem jeweiligen Praxisbereich, Transkription und Analyse ein adäquates Instrumentarium, um Kommunikationsprobleme und deren Genese in den bereichsspezifischen Zusammenhängen diagnostizieren zu können.

Die gesprächsanalytische Untersuchung des empirischen Materials bildet also die Grundlage von Beratung und Training. Da dies das eigentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen diskursanalytisch fundierten Kommunikationstrainings und anderen Trainingskonzeptionen ist, möchte ich auf die Konsequenzen dieses Unterschieds etwas näher eingehen.<sup>4</sup>

In herkömmlichen Kommunikationstrainings erfolgt die Identifizierung von Kommunikationsproblemen auf der Grundlage von Normvorstellungen, wie Kommunikationsverhalten sein soll. Solche Normvorstellungen heißen z.B. "in ganzen Sätzen sprechen" oder "den anderen nicht unterbrechen" und werden als *Präskriptionen* vorgegeben.

Da Normen oder Zielvorstellungen in sehr unterschiedlicher Weise bewußt sein können, kann man zwischen *expliziten und impliziten Normen* unterscheiden. Explizite Normen werden, wie in den zwei genannten Beispielen, explizit, also *expressis verbis* formuliert. Implizite Normen sind solche, die nicht sichtbar gemacht

---

<sup>4</sup> In der folgenden Darstellung fasse ich die bisherigen Ergebnisse des aktuellen Diskussions-schwerpunkts "explizite und implizite Normen in Kommunikationstrainings" zusammen. Dieses Thema stellt sich zunehmend als zentraler Bereich für die Entwicklung von diskursanalytisch fundierten Kommunikationstrainings bzw. für die linguistische Evaluation herkömmlicher Kommunikationsschulungen heraus (vgl. Brons-Albert 1992, Fiehler 1992, Lalouschek 1992c).

werden, aber dennoch als Grundlage für die Bewertung von Kommunikationsverhalten und für alternative Vorschläge dienen. Oft beziehen sie sich auf Hypothesen über Wirkungszusammenhänge von sprachlichen Äußerungen. Diese Hypothesen sind, ebenso wie die expliziten Normen, nicht auf ihre empirisch gesicherte Evidenz und ihre tatsächlichen Konsequenzen für den Gesprächsverlauf überprüft, sondern basieren auf Erfahrungswerten der TrainerInnen, auf alltagsweltlicher Plausibilität und auf (populär)wissenschaftlichen Theorien (Fiehler 1992).

Die Diskursanalyse kann 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. Aufgrund dieser Ergebnisse werden alternative Normen und kommunikative Verhaltensweisen gesucht und diskutiert. Die so aufgezeigten Normen und Alternativen sind daher nicht präskriptiv sondern *deskriptiv* begründet.

Auf diese Weise können auch herkömmliche Kommunikationsschulungen evaluiert werden, indem die in diesem Rahmen meist als Rollenspiele ablaufenden Gespräche auf deren normative Hintergründe untersucht und die präskriptiven Normen des Trainings auf deren Funktionalität und tatsächliche Wirkungsweise überprüft werden (vgl. Bliesener/Brons-Albert 1994). Unter diesem Aspekt ist auch die hier vorliegende Arbeit zu sehen.

Der Schwerpunkt des diskursanalytischen Zugangs liegt also in der Bewußtmachung des Spektrums von Verhaltensalternativen, die GesprächspartnerInnen zur Bewältigung von Kommunikationsproblemen zur Verfügung stehen, und in der Sensibilisierung für kommunikative Prozesse, nicht in der Präskription einzelner Verhaltensweisen. Und darin liegt auch die vordergründige "Schwäche" diskursanalytischer Kommunikationsberatung. SchulungsteilnehmerInnen erwarten konkrete Handlungsanweisungen, wie es "richtig" sei, und nicht Sensibilisierung. Diese "Schwäche" als die eigentliche Stärke diskursanalytischer Kommunikationsberatung sichtbar und verstehbar zu machen, kristallisiert sich somit als ein zusätzliches Lernziel heraus. Denn eine langfristig und nachhaltig wirksame Veränderung kommunikativen Verhaltens kann nicht nur über den, pointiert gesagt, selektiven Erwerb einzelner Gesprächstechniken erfolgen, sondern erfordert ganz grundlegend eine zunehmende Sensibilisierung für kommunikative Verläufe.

Abschließend sei noch erwähnt, daß diskursanalytische Kommunikationsberatung nicht als einmaliger Akt verstanden wird, sondern als längerfristige, begleitende Schulungsform konzipiert ist. Eine sich zyklisch wiederholende Trainingsstruktur ermöglicht es, daß die Kommunikationspraxis nach einer ersten Beratung erneut erfaßt und analysiert werden kann. Der zyklische Verlauf ermöglicht zudem die Durchführung begleitender Forschungsprogramme zur Evaluation der Trainingseffekte und die empirisch fundierte Analyse der Transferprobleme.

Damit entspricht der Aufbau dieser Studie der eben geschilderten Vorgangsweise diskursanalytischer Forschung im Bereich Kommunikationsberatung: Die expliziten und impliziten normativen Hintergründe der in der Lehrveranstaltung

"Anamnese-  
gruppe" stattfindenden Gespräche werden beschrieben und auf mögliche Kommunikationsprobleme auslösende Faktoren hin untersucht. Dies betrifft in diesem Fall die sprachliche Praxis des herkömmlichen medizinischen Diskurses und der medizinischen Ausbildung (Kap. 4), die theoretische Konzeption der patientenzentrierten Medizin (Kap. 5 und Kap. 6) und die konzeptuellen Merkmale der Lehrveranstaltung selbst (Kap. 7). In der linguistischen Analyse der Gespräche (Kap. 9) werden die Einflußfaktoren der verschiedenen normativen Bedingungen sichtbar gemacht und vorhandene Konzepte zur patientenzentrierten Gesprächs-  
ausbildung und deren präskriptive Qualität auf Funktionalität und tatsächliche Wirkungsweise untersucht. Aufgrund dieser Ergebnisse werden schließlich Vorschläge zu normativen und konzeptuellen Veränderungen der Lehrveranstaltung erarbeitet und diskutiert (Kap. 10).

### 3. Zur ärztlichen Gesprächsausbildung

Seit Beginn der 70er-Jahre sind im im amerikanischen wie europäischen Raum eine Vielzahl sprachwissenschaftlicher Untersuchungen zur medizinischen Kommunikation durchgeführt worden, deren Ergebnisse zunehmend die Notwendigkeit einer kommunikativen Schulung von ÄrztInnen deutlich machten. Im folgenden möchte ich überblicksartig die wichtigsten Forschungsergebnisse zur ärztlichen Kommunikation darstellen und anschließend auf bisher durchgeführte Modelle zur Gesprächsschulung für ÄrztInnen eingehen, die auf diesen Ergebnissen basieren.

#### 3.1. Studien zum ärztlichen Gesprächsverhalten

In konversationsanalytisch orientierten Studien wurde die *interne Organisation von Arzt-Patienten-Gesprächen* auf mikrostruktureller Ebene untersucht: eine Vielzahl detaillierter Analysen des Sprecherwechsels, von Frage-Antwort-Sequenzen, von Unterbrechungen, der Gesprächseröffnung und -beendigung etc. führte zum Ergebnis einer grundlegenden *Asymmetrie* in der Arzt-Patienten-Interaktion.<sup>5</sup> Diese Asymmetrie läßt sich an folgenden Ergebnissen festmachen:

- ÄrztInnen übernehmen den aktiven Redepart, eröffnen und beenden die Gespräche, stellen die Fragen, bestimmen den thematischen Ablauf, PatientInnen übernehmen den reaktiven Part, beantworten Fragen, akzeptieren die ärztlichen Entscheidungen;
- ÄrztInnen beanspruchen quantitativ mehr Redezeit als PatientInnen;
- ÄrztInnen unterbrechen Initiativen und Erzählversuche von PatientInnen häufig, oft noch vor einem erkennbaren Inhalt;
- typische ärztliche Fragen sind geschlossene Fragen, die den PatientInnen keine Möglichkeit zu eigenständigen Schilderungen geben;
- ÄrztInnen setzen von sich aus wenig Initiativen zu Informationen und zusätzlichen Erklärungen zu Diagnose und Therapie.

In *soziolinguistisch orientierten* Studien wurde untersucht, welchen Einfluß die Variablen wie Geschlecht, Alter, Bildung, Schicht und ethnische Zugehörigkeit auf die Gesprächsverläufe haben<sup>6</sup>. Die Ergebnisse zeigten einerseits, daß Ärzte und

---

<sup>5</sup> Für den amerikanischen Raum siehe v.a. Fisher/Todd (1983), Frankel (1984), Mishler (1984), West (1985), für den deutschsprachigen Raum Köhle/Raspe (1982), Bliesener (1980), Löning/Rehbein ((1992). Ausführliche Übersichten zum Stand der Forschung finden sich in Fehlenberg (1983), Freeman (1987), van Dijk (1989), ten Have (1991), Weinhold (1988), (1991) sowie in den Sammelbänden Ehlich et al. (1989), Redder/Wiese (1994).

<sup>6</sup> Vgl. Siegrist (1977), Cicourel (1981), Fisher/Todd (1983), West (1985), (1990), Fisher (1991), Hein et al. (1985), Hein (1986), Hein/Wodak (1987).

Ärztinnen im Gespräch mit den Patienten und Patientinnen auch entsprechend männliches und weibliches Sprachverhalten produzieren, Ärztinnen also z.B. weniger unterbrechen, Aufforderungen und Anweisungen indirekter formulieren und psychosozialen Aspekten mehr Aufmerksamkeit schenken. Andererseits zeigten die Untersuchungen, daß vor allem Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit der PatientInnen die Länge der medizinischen Untersuchungen, die Aufmerksamkeit von seiten der ÄrztInnen und das Ausmaß an zur Verfügung gestellten Informationen und Erklärungen systematisch beeinflussen.

Die Sprachbarrierenforschung untersuchte Arzt-Patienten-Gespräche unter dem Aspekt einer *Experten-Laien-Interaktion*. Das Entstehen der Sprachbarrieren zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird zum einen auf den Gebrauch von medizinischer Fachsprache und Jargon im ärztlichen Gespräch zurückgeführt, der die PatientInnen vom gemeinsamen Wissen über die Krankheit und damit aus einer gleichberechtigten Interaktion ausschließt (vgl. Siegrist 1977, Hoffmann-Richter 1986, Lalouschek/Nowak 1989).

Die weiteren Ursachen für diese Sprachbarrieren gehen über den Gebrauch von medizinischem Vokabular hinaus. Im Gespräch stehen sich ÄrztInnen und PatientInnen mit jeweils unterschiedlichen Realitätsorientierungen gegenüber: die sich aus einem biomedizinischen Krankheitsmodell ableitende des Arztes/der Ärztin und die aus einem subjektiven Erlebenszusammenhang stammende des Patienten/der Patientin. Todd (1984) beschreibt die dadurch entstehenden unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen an das ärztliche Gespräch als "frame-conflict".

Zugleich stehen sich ÄrztInnen und PatientInnen in der Institution Krankenhaus in einem institutionellen, nicht einem individuellen, lebensweltlichen Zusammenhang gegenüber. Die individuelle Krankheit muß also institutionalisiert werden, die subjektiven, umgangssprachlich formulierten Beschwerdenschilderungen der PatientInnen müssen in objektive, institutionell wahrnehmbare und verarbeitbare Informationen "übersetzt" werden, wobei medizinisch nicht unmittelbar relevante Bedeutungen und Informationen systematisch ausgeblendet werden (Cicourel 1985, Rehbein 1986, Lalouschek/Nowak 1989, Fiehler 1990, Lalouschek 1992a,b).<sup>7</sup> Lalouschek/Menz/Wodak (1990) gingen in ihrer jüngsten Studie zur medizinischen Kommunikation in Österreich - im Vergleich zu allen bisherigen Untersuchungen - noch einen Schritt weiter. Neben den Arzt-Patient-Interaktionen in einer internen Ambulanz eines öffentlichen Wiener Spitals wurde über langzeitliche teilnehmende Beobachtung, Ablaufprotokolle und qualitative Interviews mit den PatientInnen, ÄrztInnen, Schwestern und Pflegern versucht, die "*innere Perspektive*" der Institution zu erfassen und in die Analyse der Gespräche miteinzubeziehen. Mit dieser Untersuchungsmethode konnten die Bedingungen der Institution Krankenhaus, wie hierarchische Struktur und organisatorische Routinen, beschrie-

---

<sup>7</sup> Die Beschreibung und Analyse dieser Prozesse ist ein zentraler Bestandteil meiner Arbeit, vgl. ausführlich (4.2.1.), (6.2.), (9.3.2), (9.4.)

ben und auch eine Vielzahl unreflektierter Widersprüche zwischen unterschiedlichen Anforderungen sichtbar gemacht werden. In den Analysen der Gesprächs- und Untersuchungsabläufe konnte aufgezeigt werden, wie sich diese Bedingungen direkt in ihrer Funktionalität oder Dysfunktionalität in vielfältiger Weise sowohl in den Interaktionen zwischen den ÄrztInnen und den PatientInnen, aber auch in den Interaktionen im Team ÄrztInnen-Schwestern-Pfleger widerspiegeln. Ein kurzes Beispiel möge dies veranschaulichen: In der Ambulanz, die von zwei ÄrztInnen in Ausbildung betreut wird, muß bei schwierigen Entscheidungen der Oberarzt zu Rate gezogen werden, was zu beträchtlichen Wartezeiten führen kann. Diese Unterbrechungen sind zwar Teil der Routine, werden aber nicht als solche erkannt und daher nicht in die Ablauforganisation miteingeplant. Der geplante weitere organisatorische Ablauf wird verzögert, der in der Folge entstehende zeitliche Druck wirkt sich direkt auf die nachfolgenden Arzt-Patienten-Kontakte aus: die Untersuchungen werden zunehmend kürzer, die PatientInnen werden häufiger unterbrochen, bekommen weniger Informationen und Erklärungen, zusätzliche Störungen wie Telefonate oder fehlende Befunde können im Team kaum mehr effizient bearbeitet werden (Lalouschek/Menz 1987b, Lalouschek/Menz/Wodak 1990, Lalouschek 1990).

Unter dem Fokus von *Sprache und Macht in Institutionen* läßt sich mit diesem Forschungszugang nachweisen, wie die vorhandenen institutionellen Bedingungen die unterschiedlichen Interaktionssituationen bestimmen und beeinflussen, wie sie in den Interaktionssituationen von den InteraktantInnen vielfältig und minutiös reproduziert werden und dadurch im Sinne der Selbsterhaltung und Stabilisierung auf die Institution zurückwirken (vgl. auch Menz 1991, van Dijk 1989, Wodak 1992).

### **3.2. Modelle zur Gesprächsausbildung für ÄrztInnen**

#### *3.2.1. Strukturveränderungen: das "Ulmer Modell"*

Ausgehend von den Ergebnissen der umfangreichen Visitenforschung wurde Ende der 70-er Jahre auf der internistisch-psychosomatischen Krankenstation an der Universitätsklinik Ulm ein Modellversuch installiert, die Stationsarztvisite unter Berücksichtigung von psychosomatischen und patientenzentrierten Richtlinien zu gestalten und zu verändern. Die Ergebnisse konnten aufgrund der ausführlichen Begleitforschung hinreichend dokumentiert werden (vgl. den Sammelband Köhle/Raspe 1982, sowie Bliesener/Köhle 1986, Fehlenberg/Simons/Köhle 1990).

Diese Veränderungen betrafen zum einen *organisatorisch-strukturelle Kriterien*: Die herkömmliche Visite dient neben dem Kontakt mit dem Patienten/der Patientin weiteren Funktionen und Aufgabenstellungen, wie ärztlichen Fachdiskussionen über Diagnose und therapeutische Maßnahmen, Anordnungen von therapeuti-

schen Maßnahmen gegenüber dem Pflegepersonal und Ausbildungsgesprächen mit MedizinstudentInnen. Diese unterschiedlichen, gleichzeitig ablaufenden fach- und teaminternen Kommunikationen und das Gespräch mit dem Patienten/der Patientin stehen sich in jeweils behindernder Weise gegenüber.

Auf der Ulmer Station wurde daher eine funktionale Entflechtung durchgeführt: Die "Kernvisite" am Patienten-Bett soll ausschließlich dem Arzt-Patienten-Dialog und der körperlichen Untersuchung zur Verfügung stehen, die anderen Aufgaben werden vor und nach dieser Visite und außerhalb des Krankenzimmers wahrgenommen (Fehlenberg /Simons/Köhle 1990:272).

Die Veränderungen betrafen zum anderen das *Interaktionsverhalten der ÄrztInnen*: Die Schwerpunkte dieser Veränderung sind die "positive Gegenseitigkeit" und der "adäquate Informationsaustausch im Sinne einer symmetrisch-dialogischen Beziehung" (Safian et al. 1982:163). Dieser Anspruch verlangt, daß den Kommunikations- und Informationsbedürfnissen der PatientInnen zeitlich und inhaltlich Rechnung getragen wird, daß ÄrztInnen die von den PatientInnen angesprochenen Themen aufgreifen und auch auf "unbequeme" Patienten-Fragen eingehen und daß die PatientInnen aktiv zu Fragen aufgefordert werden.

Die vorwiegend quantitativ ausgerichtete kommunikationsanalytische Begleitforschung konnte nachweisen, daß, im Vergleich zu herkömmlichen Stationsvisiten, die größten Kommunikationsstörungen und Kommunikationsdefizite zwischen ÄrztInnen und PatientInnen abgebaut werden konnten: die Gespräche dauerten länger, die Gesamtredezeit der ÄrztInnen verringerte sich, die der PatientInnen stieg; insgesamt hatten die PatientInnen auf der Ulmer Station größere Chancen, sich und ihre Interessen ins Gespräch einzubringen und auf Resonanz bei den ÄrztInnen zu stoßen.

Allerdings wurde immer wieder auf die Grenzen der quantitativen Analyse hingewiesen (Westphale/Köhle 1982, Safian et al. 1982): eine Reihe nicht eindeutig interpretierbarer Ergebnisse deutet darauf hin, daß sich die Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Kommunikation trotz der verbesserten Bedingungen aufrechterhalten und lediglich in spezifischere Bereiche verschoben hat. Bei der Auswahl der angesprochenen krankheitsrelevanten Themen scheinen sich z.B. die von den ÄrztInnen initiierten Themen, und damit deren Gesprächsinteressen sehr viel stärker durchzusetzen als die der PatientInnen (Westphale/Köhle 1982:137). Auch scheinen ÄrztInnen sich "unproblematischen", also leichter erkrankten PatientInnen gegenüber eher "patientenzentriert" zu verhalten, also eher auf deren Kommunikations- und Informationsbedürfnisse einzugehen und ihnen, z.B. über offene Fragen, genügend Entfaltungsmöglichkeiten zu geben (Safian et al. 1982:176).

Im Hinblick auf eine *Umsetzung der Ergebnisse* des "Ulmer Modells" in die Praxis läßt sich folgendes festhalten: Die erste Grundbedingung für eine erfolgversprechende und dauerhafte Umgestaltung der Visite ist die Veränderung der Ablauforganisation. D.h., Veränderungen der kommunikativen Praxis von ÄrztInnen lassen sich nicht ohne eine Veränderung der institutionellen Gegebenheiten erreichen. Dies entspricht den allgemeinen Resultaten der soziolinguistischen Institutio-

nenforschung (vgl. z.B. Leodolter 1979, van Dijk 1989, Lalouschek/Menz/Wodak 1990, Menz 1991), die zeigen, daß die institutionellen Bedingungen in direkter Weise auf die Kommunikation einwirken, sich in ihr widerspiegeln und daß die jeweilige institutionsspezifische kommunikative Praxis in einer Art Wechselwirkung systemerhaltende Funktion hat. Auf diesen Punkt werde ich im Laufe meiner Arbeit noch mehrfach eingehen (vgl. (4.1.), (7.2.)).

Da durch die patientenzentrierte Konzeptualisierung die Ansprüche an die therapeutische und kommunikative Kompetenz der ÄrztInnen wachsen, ist die zweite Grundbedingung eine umfangreiche Unterstützung in Form von entsprechender Aus- und Weiterbildung und von Supervisionsmöglichkeiten. Die Gesprächsausbildung in patientenzentrierten Formen der Anamnesetechnik wird als ein Teil davon genannt (Fehlenberg/ Simons/Köhle 1990:285).

### *3.2.2. Diskursanalytisch fundierte Gesprächstrainingsprogramme für ÄrztInnen*

Die mittlerweile umfangreichen Ergebnisse der diskursanalytischen Forschung zur medizinischen Kommunikation ermöglichen es, über die Deskription der vielfältigen Problemstellen und Schwachpunkte hinauszugehen und konkrete und sehr differenzierte Vorschläge für Gesprächsausbildungsprogramme für Ärzte und Ärztinnen auf diskursanalytischer Basis zu entwickeln. Da es sich hier um einen noch jungen Bereich der anwendungsbezogenen Sprachwissenschaft handelt, haben die Trainingsprogramme, auf die ich im folgenden genauer eingehen werde, den Stellenwert erster, jeweils in Forschungsprojekte eingebundener Versuche, das diskursanalytische Wissen in die professionelle Gesprächspraxis zu transferieren. Die zur Verfügung stehenden Erfahrungsberichte fokussieren deshalb primär Transferprobleme einzelner Schulungsveranstaltungen. Da, zumindest in Österreich, noch nicht die Möglichkeit bestand, regelmäßige diskursanalytisch fundierte Gesprächsschulungen für ÄrztInnen, z.B. im Rahmen der Ärztefortbildung, durchzuführen, war es auch noch nicht möglich, die Trainingseffekte auf das Gesprächsverhalten von ÄrztInnen zu untersuchen.

Spranz-Fogasy (1989, 1992) betont als das grundlegende Problem in den von ihm durchgeführten Schulungen, daß ÄrztInnen nicht Sensibilisierung für kommunikative Prozesse erwarteten, sondern "eindeutige" Verhaltenshinweise und Fertigkeitstraining (vgl. 2.2.). Die Lösung dieses Problems sieht er in zeitlich aufeinanderfolgenden Schulungsphasen. In den Trainingseinheiten der ersten Phase wird primär Fertigkeitwissen vermittelt, d.h., zu einzelnen relevanten Gesprächsabschnitten, wie Gesprächsbeginn, Beschwerdenexploration oder Information zu den verschriebenen Medikamenten, werden die entsprechenden diskursanalytischen Forschungsergebnisse präsentiert. So beschreibt Spranz-Fogasy (1989) z.B. für den Gesprächsbeginn neun Typen für Eröffnungszüge, die anhand kurzer Textauschnitte kontrastierend gegenübergestellt werden. Damit wird "ein Interaktionsproblem erstens leichter identifizierbar, und zweitens werden Lösungen in unter-

schiedlichen Varianten demonstriert und so verfügbar gemacht" (Spranz-Fogasy 1989:153). In den Trainingseinheiten der zweiten Phase werden zunehmend sensibilisierende Maßnahmen möglich, da die ÄrztInnen zwischenzeitlich im beruflichen Alltag ihre Wahrnehmung schulen können und Probleme oder im Idealfall auch Tonbandmaterial aus der eigenen Praxis besprechen können.

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommen auch Nowak/Wimmer-Buchinger (1989)<sup>8</sup>, die das Gesprächsverhalten von TurnusärztInnen auf einer gynäkologischen Ambulanz erfaßten, analysierten und mit den gleichen ÄrztInnen eine, in wöchentlichen Intervallen erfolgende Schulung durchführten, die speziell auf diesen Arbeitsbereich zugeschnitten war. Im Training stellte sich die Arbeit mit dem "eigenen" Gesprächsmaterial als didaktisch besonders günstig und motivierend heraus, ebenso wie die zwischenzeitlichen Intervalle, in denen die TurnusärztInnen das in den einzelnen Trainingsabschnitten erworbene Wissen im beruflichen Alltag praktisch umsetzen konnten, ihre Wahrnehmung für Interaktionsprobleme und Interaktionsverläufe schulen konnten und in den jeweils nächsten Trainingsabschnitten ihre Erfahrungen einbringen und diskutieren konnten. Als Sekundäreffekt dieses Trainings ergab sich, daß die TurnusärztInnen dieser Ambulanz nach Abschluß der Studie ein Treffen mit dem ärztlichen Leiter und der ambulanzleitenden Ärztin veranlassten, in denen die organisationsstrukturellen Kritikpunkte, die während des Trainings zur Sprache gekommen waren, diskutiert wurden. Nowak/Wimmer-Buchinger (1989) folgern daraus, daß "die Sensibilisierung für kommunikative Prozesse durchaus zu organisationsstrukturellen Veränderungen führen kann" (Nowak/Wimmer-Buchinger 1989:141).

Für die *Entwicklung von Gesprächsschulungsprogrammen* bedeuten diese Ergebnisse, daß eine begleitende, mehrphasige Schulung der Durchführung einmaliger Veranstaltungen vorzuziehen ist. Der intervallartige Aufbau ermöglicht es, das Bedürfnis der ÄrztInnen nach dem Erwerb einzelner Gesprächstechniken mit der Notwendigkeit einer grundlegenden Sensibilisierung für kommunikative Prozesse zu verbinden. In den einzelnen Trainingseinheiten selbst soll sich der "dosierte" Erwerb von diskursanalytischem Wissen zu thematischen Einzelbereichen mit der Bearbeitung von Erfahrungen aus der beruflichen Praxis ergänzen. Die Motivation, sich mit Textausschnitten auseinanderzusetzen, kann vor allem durch den Einsatz von Gesprächsmaterial, das von den ÄrztInnen selbst zur Verfügung gestellt wird, gefördert werden.

### 3.2.3. Zur Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen

So wichtig und sinnvoll die Gesprächsausbildung von ÄrztInnen im Rahmen der postpromotionellen Fortbildung ist, erscheint es als langfristige Perspektive jedoch notwendig, "früher" anzusetzen und eine Form der diskursanalytisch fundierten

---

<sup>8</sup> Vgl. auch Nowak/Menz (1992)

Gesprächsschulung zu einem fixen Bestandteil der *Ausbildung von MedizinstudentInnen* zu machen. Denn der Grundstein für die oben genannten Problemstellen und kommunikativen Defizite des ärztlichen Gesprächsverhaltens wird natürlich schon im Medizinstudium gelegt, das die angehenden Ärzte/innen, der Institution entsprechend, zu "wissenschaftlicher Objektivität" erzieht, das somatisch-, fakten- und leistungsorientiert ist und das nach Helmich et al. (1991:123) als "konsequentes Desensibilisierungsprogramm" gegenüber Gefühlen und psychologischen und kommunikativen Prozessen bezeichnet werden kann. Obwohl das Gespräch mit den Patienten und Patientinnen einen großen Teil des beruflichen Alltags ausmacht, hat es in der jetzigen Ausbildung nach wie vor den Status eines Vorgangs, den man nicht eigens zu erlernen hat<sup>9</sup>, da er der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit vorgelagert ist. Es bildet sozusagen den äußeren Rahmen, der mit (medizinischer) Expertentätigkeit zu füllen ist (Waldenfels 1991:105; vgl. dazu ausführlich (4.1.), (6.2.2.2.)).

Vorausgreifend sei an dieser Stelle auf zwei allgemeine Ergebnisse meiner Arbeit hingewiesen: erstens ist das ärztliche Gespräch als genuine ärztliche Tätigkeit zu betrachten, deren Durchführung eine spezifische Qualifikation erfordert. Zweitens ist die Fähigkeit, ein "wirkliches" Gespräch mit PatientInnen zu führen, eine überaus komplexe Herausforderung an die Persönlichkeit der (angehenden) Ärzte/innen. Sie erschöpft sich nicht im oberflächlichen Erwerb bestimmter "Gesprächstechniken", sondern erfordert zuallererst eine Veränderung der Einstellung von einer technik- und leistungsorientierten Medizin hin in Richtung einer patientenzentrierten Medizin. Erst aufgrund dieser Einstellungsänderung kann auch eine Veränderung kommunikativer Praxis Erfolg haben (Lalouschek 1992, 1994a,b). Die Einbindung einer begleitenden Gesprächsschulung in die Ausbildung von MedizinstudentInnen würde diesen Forderungen entgegenkommen: Die Einstellung gegenüber dem Stellenwert des ärztlichen Gesprächs würde sich verändern, wenn es in seinem Stellenwert als genuine ärztliche Tätigkeit adäquat repräsentiert wird.

Die Veränderung kommunikativer Praxis ist ein langfristiger Prozeß, der nicht in ein oder zwei postpromotionellen Fortbildungsveranstaltungen bewältigt werden kann. Eine studiumsbegleitende Schulung bietet die Möglichkeit, vielfältige Gesprächserfahrungen zu sammeln, Alternativen zu erproben und sich eine umfassende Sensibilität für kommunikative Prozesse anzueignen. In ähnlicher Weise, wie die bestehenden institutionellen Bedingungen auf die Arzt-Patient-Gespräche einwirken, könnten Veränderungen in der kommunikativen Praxis über Gesprächsschulungen nicht nur zu einer erhöhten Sensibilität der angehenden Ärzte und Ärztinnen gegenüber kommunikativen Phänomenen, sondern langfristig auch gegenüber den institutionellen Bedingungen führen (vgl. Quasthoff-Hartmann 1982:72, sowie (7.2.), (10.2.)).

---

<sup>9</sup> "Reden können wir eh" war der bezeichnende Kommentar eines Turnusarztes angesichts des Beginns einer sprachwissenschaftlichen Materialerhebung auf einer Krankenhausstation.

## 4. Arzt-Patienten-Kommunikation

### 4.1. Ärztliche Sozialisation und medizinischer Diskurs

Bourdieu (1984) beschreibt Sozialisation als einen graduellen Prozeß der Einprägung, in dem ein System von Normen oder Dispositionen erworben wird. Dieses System von Normen, das der Reproduktion der Sozialordnung dient, vermittelt zwischen Struktur und Praxis. Das Ergebnis dieses Prozesses ist der "Habitus" (Bourdieu 1984:16), der den Handelnden mit einem bestimmten Gespür (*sens de placement*) für die Angemessenheit und Legitimität von Handlungen in jeweiligen Situationen und Bedingungen ausstattet, der - mit anderen Worten - sein gesellschaftliches Handeln bestimmt. Personen, die sich für den Arztberuf entscheiden, werden mit Beginn des Medizinstudiums institutionsspezifischen Einprägungsprozessen unterworfen, durch die sie sich "spezifische, sozial relevante Verhaltensweisen und Erfahrungen aneignen, die sie benötigen, um sich als adäquate Institutionsmitglieder behaupten zu können" (Basler et al. 1978), um also den Beruf des Arztes/der Ärztin entsprechend den gesellschaftlichen Erwartungen ausüben zu können.

Unter diesen Sozialisationsprozessen ist zum einen die *Aneignung von "Experten-Wissen"* zu verstehen, also die theoretische und praktische Ausbildung zum Erwerb von medizinischem Fachwissen und zum Ausüben von professionellen ärztlichen Tätigkeiten. Was den sozialisatorischen Aspekt der ärztlichen Tätigkeiten betrifft, so werden darunter Diagnoseerstellung, Behandlung und therapeutische Tätigkeiten verstanden, nicht aber das ärztliche Gespräch an sich. In der Ausbildung und Praxis, so wie sie sich heute darstellt, hat das Gespräch mit den PatientInnen eher den Status eines "Rahmens", innerhalb dessen ärztliche Tätigkeiten stattfinden. Ohne Definition als genuine ärztliche Tätigkeit hat das ärztliche Gespräch keinen inhaltlichen Stellenwert in der Ausbildung, ist nicht Bestandteil des Fachwissens, das es zu erwerben gilt. Die Fähigkeit, diese Gesprächsarbeit durchführen zu können, wird als unspezifische kommunikative Fähigkeit vorausgesetzt.

Zum anderen ist unter den sozialisatorischen Prozessen die sukzessive Internalisierung von Einstellungen, Erwartungen und Werten im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der *Arzt-Rolle* zu verstehen (Tewes et al. 1978). Die Einstellungen werden einerseits durch die Art der Ausbildung im Studium mitvermittelt, heutzutage also durch eine primär somatisch-technischorientierte Ausrichtung, und werden andererseits über die Praxis während der Famulaturen und später während der Turnuszeit erworben. Diese Prägungen führen dazu, daß die angehenden Ärz-

tInnen die Rolle des Arztes/der Ärztin entsprechend den gesellschaftlichen und institutionellen Erwartungen auszufüllen lernen.

Klassische Anforderungen und Erwartungen an die Rolle des "Arztes" sind nach Parsons (1958) Universalität, also Gleichbehandlung aller Kranken, Uneigennützigkeit, fachliche Kompetenz und affektive Neutralität.<sup>10</sup> Auf die beiden letztgenannten Begriffe "fachliche Kompetenz" und "affektive Neutralität" möchte ich näher eingehen, da sie m.E. die wesentlichen Auslösefaktoren für Probleme in der Arzt-Patienten-Beziehung darstellen.

*Affektive Neutralität* meint, daß der Arzt/die Ärztin die Qualität der Behandlung nicht von den persönlichen Gefühlen dem/der Kranken gegenüber abhängig machen darf. Das ärztliche Handeln muß sachlich begründet sein und nicht von individueller Sympathie oder Antipathie geleitet. Im Zusammenhang mit der Forderung, nicht das erkrankte Individuum, sondern das objektivierbare Symptom in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen, bekommt die Forderung nach affektiver Neutralität für ÄrztInnen Verbotscharakter, nämlich keine Gefühle haben zu dürfen, Gefühle nicht wahrnehmen zu dürfen.

Stucke (1990) berichtet aus seiner Arbeit in Balint-Gruppen, daß ÄrztInnen zu Beginn oft, wenn sie auf ihre Gefühle angesprochen werden, mit der Äußerung "Ich bin Arzt und darf keine Gefühle haben." reagieren (Stucke 1990:43). Weiter führt er aus, daß der Arzt/die Ärztin aber natürlich jedem Patienten und jeder Patientin gegenüber etwas empfinde und es an der Ausbildung liege, daß er/sie meint, diese Gefühle nicht wahrnehmen zu sollen. Dadurch entsteht der Konflikt, daß ÄrztInnen die Gefühle, die sie haben, nicht zulassen können, sondern abwehren müssen. Bekannte Abwehrstrategien sind das Einnehmen einer scheinbar unberührten, professionellen Haltung, Ironie und Zynismus und das Vorgeben ständiger Zeitnot ("*prophylaktisches Notfallverhalten*", vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990, Menz 1991). Gerade das bewirkt aber eine Grundstörung in der Arzt-Patienten-Beziehung und ist m. E. mit ein Faktor für Überforderungs- und Überlastungsgefühle bei ÄrztInnen ("burn-out-Syndrom", Freudberger 1981) und mangelnde "compliance" von PatientInnen, also mangelnde Mitarbeit bei der Befolgung therapeutischer Maßnahmen, ein Problem von zunehmender Bedeutung (vgl. Schneller et al. 1980).

Aufgrund dieses Mechanismus lernen ÄrztInnen nicht, mit ihren Gefühlen umzugehen, sie wahrzunehmen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und sie als überaus sinnvolles und hilfreiches Instrument im Umgang mit PatientInnen für Diagnose und Behandlung einzusetzen. Diese Fähigkeit ist übrigens eine der Grundlagen patientenzentrierten ärztlichen Handelns (vgl. ausführlich (5.1.)).

---

<sup>10</sup> Zum Problem der überhöhten Erwartungen, die stark von der PatientInnen-Seite mitgetragen werden und zu Mystifizierungen des Arzt-Bildes führen, sowie zum Problem divergierender Erwartungen, die zu Rollenüberlastung und Widersprüchen führen, die in Form von Verschleierung und dysfunktionalem Handeln "bewältigt" werden, vgl. ausführlich Lalouschek/ Menz/Wodak (1990), Menz (1991).

Nun zur "*fachlichen Kompetenz*": damit ist vor dem Hintergrund eines rein krankheitszentrierten biomedizinischen Verständnisansatzes die Diagnose und Therapie von pathologisch veränderten Organstrukturen und gestörten Organfunktionen gemeint. Die Vorbereitung für diesen Verständnisansatz findet nach Basler (1978:88) in den ersten Semestern des Medizinstudiums statt, in denen die StudentInnen von den PatientInnen ferngehalten werden, stattdessen Leichen sezieren und histologisch untersuchen und erfahren, daß die Gegenstände ihres Faches der menschliche Körper, Organe und Zellverbände sind, die bestimmte Strukturen haben und die richtig oder falsch funktionieren können. Die für die Umsetzung dieser fachlichen Kompetenz relevanten Daten und Informationen können im Prinzip durch innerlich unbeteiligte, beliebig austauschbare Beobachter gewonnen werden.<sup>11</sup> Die Untersuchung der/des Kranken ist eine Untersuchung einzelner Subsysteme, die sowohl aus ihrer Interaktion als auch aus den Funktionen, die sie für das Gesamtsystem haben, herausgelöst werden.

Diese Schritte der Teilung, Herauslösung und biomedizinischen Reduktion können unter den Begriff der *Fragmentierung* subsumiert werden, den Köhle/Joraschky (1990:415) als einen schwerwiegenden, die Sicht verzerrenden Eingriff in das untersuchte Objekt bezeichnen, und der sich - wie alle Formen des Handelns an sich - auch im sprachlichen Handeln widerspiegelt.

Innerhalb des somatisch-technischen Verständnisansatzes von Krankheit kommen Fragen zum subjektiven Erleben und zur individuellen Geschichte des/der Kranken oder Fragen nach Problemen in der Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen nicht vor (vgl. dazu ausführlich (4.2.2.1.)). Derartige Informationen können über die fachsprachliche Begrifflichkeit nicht zugeordnet und daher nicht verarbeitet werden. Sie sind sozusagen sinnlos, da sie aus einem anderen, nämlich gesamtheitlich-patientenzentrierten medizinischen Ansatz stammen (vgl. dazu (5.1.)). Dazu möchte ich vorausgreifend Uexküll/Wesiak (1990) zitieren, die berichten, daß eine amerikanische Untersuchung (Weed 1969) "auf die Tatsache aufmerksam macht, daß die meisten Krankenblätter, auf denen in den Kliniken mit viel Mühe und Zeitaufwand die Dokumentation der Krankheitsverläufe vorgenommen wird, praktisch wertlos sind" (Uexküll/Wesiak 1990:38). Als Grund werden die ungelösten Schwierigkeiten genannt, die medizinisch relevanten Probleme der Kranken zu identifizieren und einander zuzuordnen. Die Autoren sehen den Grund für diese Schwierigkeiten im Fehlen einer Theorie, die imstande ist, erstens die Ereignisse in der Interaktion eines Kranken mit seinem Körper, mit sich und mit seiner Umgebung (auch den ÄrztInnen) als medizinisch relevante Probleme zu identifizieren und die zweitens diese Probleme aufgrund ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen zu ordnen und zueinander in Beziehung zu setzen vermag (Uexküll/Wesiak 1990:38).<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Dies entspricht der Ebene der objektiven Informationen von Argelander (1989), dessen Konzept der unterschiedlichen Informationsebenen in (5.5.2.) ausführlich dargestellt wird.

<sup>12</sup> Vgl. dazu die Darstellung des Konzepts der psychosozialen Medizin in (5.1.)

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 realitäts-verzerrende 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. Das führt zum Entstehen spezifischer Sprachverhaltensmechanismen, die für den Diskurstyp "herkömmliches Arzt-Patienten-Gespräch" charakteristisch sind.

Die Sozialisierung in den medizinischen Diskurs (und vice versa über den Erwerb des ärztlichen Sprachverhaltens eine Sozialisierung ins ärztliche Rollenverhalten) erfolgt im Rahmen der praktischen Ausbildung. Dieses Gesprächsverhalten von seiten der ÄrztInnen übt natürlich auch einen Einfluß auf das Sprachverhalten der PatientInnen aus, d.h. auch diese erfahren im Gespräch mit den ÄrztInnen einen Prozeß der Sozialisation in den medizinischen Diskurs (vgl. (4.2.3.1.)).

Da die von mir untersuchten Gespräche aus den Anamnesegruppen zwischen StudentInnen stattfinden, die alle schon Gesprächserfahrungen im Rahmen von Praktika und Famulaturen gesammelt haben, und zwischen "tatsächlichen" PatientInnen, die also mit dem herkömmlichen ärztlichen Gesprächsverhalten in irgendeiner Form vertraut sind, ist anzunehmen, daß diese Vorerfahrungen auf die Gespräche in vielfältiger, mehr oder weniger kontrollierter Weise einwirken.

Um diese Mechanismen und deren Wirkung in der Analyse sichtbar machen zu können, werde ich im Folgenden die sprachlichen Mechanismen der Ausblendung und Fragmentierung beschreiben und an Textausschnitten aus herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen aufzeigen, wie sie gelehrt, gelernt und umgesetzt werden und welchen Einfluß sie auf das Sprachverhalten von PatientInnen ausüben.

## **4.2. Sozialisation in den medizinischen Diskurs**

### *4.2.1. Ziele des herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächs - oder die Fragmentierung von Beschwerden*

Wie in (3.1.) schon erwähnt, stehen sich ÄrztInnen und PatientInnen in den herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen, die in der Institution Krankenhaus stattfinden, mit je unterschiedlichen Realitätsorientierungen gegenüber: die der ÄrztInnen leitet sich aus einem, wie oben ausgeführt, somatisch orientierten Krankheitsmodell ab, die der PatientInnen stammt aus dem je individuell erlebten Zusammenhang von Krankheit und persönlichen Lebensumständen (Fehlenberg/Simons/Köhle 1990). ÄrztInnen haben zur Beschreibung von Krankheiten und Krankheitsbildern das Repertoire der medizinischen Fachsprache zur Verfügung, PatientInnen verwenden umgangssprachliche Beschreibungen für ihre individuellen Beschwerden

(die je nach dem Ausmaß der Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen mehr oder weniger von fachsprachlichen Äußerungen und Begriffen abgelöst oder durchdrungen werden; vgl. Shuy 1976, Cicourel 1985, Hein et al. 1985).<sup>13</sup>

Im herkömmlichen ärztlichen Gespräch findet nun aufgrund dieser Bedingungen ein Übersetzungsprozeß statt, den ich, in Anlehnung an die Beschreibung des "fachlich kompetenten ärztlichen Handelns" (vgl. 4.2.1.), als "*Prozeß der Fragmentierung*" bezeichnen möchte. Um eine fachlich korrekte Diagnose stellen zu können, müssen die vorwiegend umgangssprachlichen, von ihrer Bedeutung her ganzheitlichen individuellen Beschwerdenschilderungen der PatientInnen in die institutionell vorhandene Begrifflichkeit, also in Symptome, übersetzt werden. D.h., über den Einsatz professioneller sprachlicher Handlungen unterziehen die ÄrztInnen die Äußerungen der PatientInnen einem Prozeß der Fragmentierung: sie zerteilen die Darstellungen, selektieren jene "Beschwerden" heraus, für die eine Symptomatik existiert, und reduzieren so den gesamtheitlichen Bedeutungsumfang der jeweiligen Äußerungen auf die biomedizinisch relevante Bedeutung des selektierten Begriffs.<sup>14</sup> Cicourel (1981) unterscheidet hier zwei Übersetzungsstufen: Im Gespräch selbst übersetzen die ÄrztInnen in ihren weiterführenden Redebeiträgen die selektierten umgangssprachlichen Begriffe der PatientInnen in eine medizinnahe, aber noch nicht rein fachsprachliche Form. Die eigentliche, rein fachsprachliche Übersetzung findet in den schriftlichen Berichten, Arztbriefen und fachinternen Gesprächen mit anderen ÄrztInnen statt (vgl. auch Lalouschek 1990, Menz 1991). Über die Kategorisierung der Beschwerden als Symptome werden diese institutionell wahrgenommen und können entsprechend verarbeitet werden. Rehbain (1986:301) bezeichnet diesen Vorgang dementsprechend auch als "*Institutionalisierung von Krankheit*".

Die diesem Sprachverhalten zugrundeliegende professionelle Haltung beschreibt Cicourel (1981) folgendermaßen:

"The physician engages in a kind of selective listening that often means simulating an interest in what the patient is saying, while trying to figure out what else to ask that would clarify some guesses being developed about what is wrong with the patient." (Cicourel 1981:426)

Psychosoziale Informationen von PatientInnenseite, also z.B. die Darstellung von Lebensereignissen und deren individuelle Bedeutung oder Emotionsbeschreibungen im Zusammenhang mit der Erkrankung sind aus biomedizinischer Sicht "überschüssig" und zumindest primär nicht relevant. Wie oben ausgeführt, hat die individuelle, affektive Dimension von Leiden institutionell kein Korrelat und ist daher nicht verarbeitbar. Über den Prozeß der Fragmentierung werden diese Informationen im ärztlichen Gespräch systematisch als dysfunktional ausgeblendet. Mishler

---

<sup>13</sup> Vgl. dazu die Textanalyse in (4.2.3.1.)

<sup>14</sup> Zur Mehrdimensionalität der Bedeutung von Äußerungen vgl. (6.2.1.)

(1984) bezeichnet diese Ausblendung des psychosozialen Bedeutungsüberschusses als "context-stripping" (vgl. dazu auch Rehbein 1986, Lalouschek/Nowak 1989, Fiehler 1990, Lalouschek 1992a).

Die sprachlichen Mittel für den Prozeß der Fragmentierung, die weit über die Verwendung von medizinischem Fachvokabular hinausgehen, möchte ich anhand von Textausschnitten aus einem Anamnesegespräch aufzeigen.

#### 4.2.1.1. Der fragmentierte Patient

Der 62-jährige Patient, der eine Reihe von Krankenhausaufenthalten hinter sich hat, ist wegen Herzbeschwerden ins Spital aufgenommen worden.<sup>15</sup>

Am: Turnusarzt, männl.

Pm: Patient, 62, männl., Herzbeschwerden

015 Am: mhm - nja und was ham Sie jetzt mitn Herz

Am: für Beschwerden?

016 Pm: und jetza hab i -i kann mi net derfanga, i kann

017 Pm: net schlafen, i hab auf da linken Seiten - so a Brennen,

Am: also nicht anfallsartig? des is dauernd.

018 Pm: und wia - - des is

Am: ( ) und: Sie ham gsagt

019 Pm: jetzt dauernd - i kann net schlafn.- -

Am: seit Ostern wars ab/ob und zu. und

020 Pm: ab und zu - und jetzt -jetz

Am: seit wann is dauernd?

021 Pm: is des is erst seit i ausm Spital

022 Pm: kommen bin.

Der Arzt eröffnet das Gespräch mit einer Aufforderung an den Patienten, seine Herzbeschwerden zu schildern. Der Patient beginnt die Darstellung mit der umgangssprachlichen Formulierung "*i kann mi net derfanga*" (16), die ein insgesamt mangelndes Wohlbefinden beschreibt, anschließend nennt er Schlafprobleme. Erst seine dritte Zustandsbeschreibung ("*so a Brennen*" (17)) bezieht sich direkt auf die vom Arzt angesprochenen Herzbeschwerden. Der Arzt unterbricht an diesem Punkt die Folgeäußerung des Patienten und stellt eine Entscheidungsfrage, die die

<sup>15</sup> Dieses Gespräch ist dem Textcorpus des Forschungsprojekts "Kommunikation zwischen Arzt und Patient" (Hein/Hoffmann-Richter/Lalouschek/Nowak/Wodak 1985) entnommen und in Lalouschek/Nowak (1989) unter dem Fokus der Fachsprachenproblematik einer detaillierten Analyse unterzogen worden.

Qualität dieses "Brennens" spezifizieren soll. Indem der Arzt sich mit dieser Frage ausschließlich auf den einen Äußerungsteil bezieht, *fragmentiert* er die Beschwerdendarstellung: Er zerteilt die Darstellung, selektiert die medizinische Beschreibung heraus und reduziert die Gesamtäußerung auf diesen Begriff. Der Patient beantwortet diese Frage und nimmt seine unterbrochene Darstellung wieder auf, indem er seine Schlafprobleme wiederholt (19). Wieder überlappt der Arzt diesen Hinweis mit einer das Brennen weiter abklärenden Frage (19/20), ein Vorgang, der sich gleich anschließend nochmals wiederholt (20/21).

Schon an diesem kurzen Textausschnitt läßt sich der Prozeß der Fragmentierung deutlich zeigen: die sprachlichen Mittel sind die Selektion von medizinischen Äußerungen aus der Patientendarstellung, die Unterbrechung von vermeintlich nicht unmittelbar relevanten Äußerungen und das Stellen von geschlossenen Fragen und Entscheidungsfragen zum "medizinischen" Thema.

Wie sich im weiteren Verlauf der Anamnese herausstellt, enthalten gerade die so ausgeblendeten umgangssprachlichen Zustandsschilderungen eine Menge medizinischer Information und zusätzlicher Bedeutungen.

Am: Und zu Ostern hams eine Lungenentzündung gehabt?	
050 Pm: Des hab i	

Am: Und des is gut worden?	
051 Pm: heuer schon des zweite Mal.	Des

052 Pm: erste Mal is gut wordn - und des zweite Mal - seit dem	
--	--

Am: Na was san für Beschwerdn?	
053 Pm: zweitn Mal kann i mi net derfangen.	

Am: Kreuzschmerzen. -- Ja - und sind die seit	
054 Pm: Kreuzschmerzen.	

Am: Ostern - haben Sie da auch die Herzbeschwerdn?	
055 Pm: Herzbeschwerdn.	
***	

Am: Schmerzen nachm Essen oder vorm?	
065 Pm: Magenschmerzen auch.	

Am: Ham Sie a Brennen oder was sind das für	
066 Pm: I hab nix gessen.	

Am: Schmerzen?	Aber
067 Pm: Brennen - Stechen - do in dera Gegend.	

Am: zusätzlich zu den Schmerzen in der Brust.	
068 Pm: In da Brust.	

Schritt für Schritt und eher zufällig klärt sich auf, daß hinter der umgangssprachlichen und mehrmals wiederkehrenden Äußerung "*i kann mi net derfanga*" (16, 53)

eine zweimalige Lungenentzündung, beträchtliche Magenbeschwerden, Kreuzschmerzen und auch die Herzbeschwerden stecken. Diese Äußerung stellt sich damit als das zentrale Problem des Patienten dar. Sie erfaßt in ihrer Bedeutung alle seine Einzelbeschwerden und sein gesamtes körperliches (Un)Wohlbefinden, hinter dem ein gesamtheitliches Unwohlbefinden zu vermuten ist. Darum ist sie für den Patienten von wesentlich größerer Erlebensrelevanz als die Herzschmerzen alleine. Aus diesem Grund steht sie bei der Schilderung seiner Beschwerden (16) an erster Stelle, und aus diesem Grund kann der Patient seine Herzbeschwerden auch nicht so einfach isoliert wahrnehmen und schildern.

Eine Wirkung des Gesprächsverhaltens des Arztes zeigt sich darin, daß sich der Patient an diesem Punkt des Gesprächs auf eine fast ausschließlich reaktive Position zurückgezogen hat und er in seinen Antworten den Prozeß der Fragmentierung sozusagen schon vorwegnimmt: er geht auf die Fragen des Arztes nur mehr telegrammstilartig ("Kreuzschmerzen" (54), "Magenschmerzen auch" (65)) oder echoartig ein und fügt keine zusätzlichen Informationen mehr hinzu.

Ein weiteres Mittel zur Fragmentierung von Patientendarstellungen ist die Kontrolle über den thematischen Verlauf des Gesprächs. Dieser Ablauf und die dazugehörigen Fragen der ÄrztInnen richten sich nach den erlernten Ablaufschemata von, in diesem Fall, Anamnesegesprächen, die Teil des medizinischen Fachwissens sind. Die thematischen Wechsel sind ohne dieses Wissen für die PatientInnen oft nicht nachvollziehbar, was ihre Möglichkeiten, aktiv und eigenständig zum Gespräch beizutragen, massiv einschränkt.

Im vorliegenden Gespräch tritt dies noch einmal deutlich hervor: Der Patient hat mehrmals auf seine Schlafprobleme hingewiesen. Am Ende des Gesprächs geht der Arzt, entsprechend seinem internen Ablaufschema einer Anamnese, den Ablaufschritt "Appetit, Verdauung, Schlaf" durch:

Am: Wie schlafen Sie?	Weswegen? Können Sie nicht
090 Pm: Sehr schlecht.	

Am: einschlafen oder hams Schmerzen?	
091 Pm: I kann net einschlafen.	

Am: Wegen Kreuzschmerzen.	
092 Pm: I kann überhaupt net liegn.	Wegen de

093 Pm: Kreuzschmerzen und wegen dem Ding da - wegn dera Seitn.	
---	--

Die Frage des Arztes "Wie schlafen Sie?" (90) macht deutlich, daß er die dazu erfolgten Hinweise des Patienten beim Ablaufschritt "aktuelle Beschwerden" nicht wahrgenommen hat. Da es nun aber um den Ablaufschritt "Appetit etc." geht, wären zusammenhängendere Beschwerdenschilderungen von seiten des Patienten thematisch unangebrachte Informationen.

Zusammenfassend läßt sich der Prozeß der Fragmentierung so beschreiben, daß der Arzt die individuelle, ganzheitliche Beschwerdenschilderung des Patienten

in voneinander isolierte Einzelbeschwerden "zerlegt" - den Patienten institutionell wahrnehmbar macht -, die umgangssprachlichen Formulierungen selektiv in medizinische Einzelbegriffe übersetzt und durch Unterbrechungen und nicht nachvollziehbare Themenwechsel zusätzliche Äußerungen oder Erzählversuche verhindert. Damit werden die vom Patienten erlebten Zusammenhänge und nicht unmittelbar auf die Einzelbeschwerden bezogenen Befindlichkeiten oder Bedeutungen sukzessive aus dem Gespräch ausgeblendet.

Da der Einsatz dieser sprachlichen Mittel, wie oben ausgeführt, auch zur Ausblendung der affektiven Dimension in der Arzt-Patienten-Beziehung dient, ist es nicht verwunderlich, daß sie in den von mir untersuchten Student-Patient-Gesprächen als "negative" Bewältigungsstrategien für schwierige, konfliktbeladene oder angstbesetzte Themen oder Gesprächssituationen eingesetzt werden (vgl. dazu (9.3.2.), (9.4.)).

#### 4.2.2. Die Sozialisierung von MedizinstudentInnen und TurnusärztInnen in den medizinischen Diskurs

Im Rahmen des Forschungsprojekts "Kommunikation zwischen Arzt und Patient" (Hein/Hoffmann-Richter/Lalouschek/Nowak/Wodak 1985) wurden TurnusärztInnen und FamulantInnen zum Anamnesegespräch befragt. Auf die Frage, wo sie das Anamnesegespräch gelernt hätten, gaben die Befragten recht übereinstimmend zwei Quellen an: zum einen gibt es Lehrbücher zur Anamneseerhebung, in denen man sich sozusagen "*autodidaktisch*" (Zitat einer Turnusärztin) informieren kann; zum anderen lernt man es im Rahmen der praktischen Ausbildung, also Famulatur und Turnus, durch Zuhören und selbstgeführte Gespräche unter der Anleitung von ÄrztInnen in Ausbildung.

*Turnusärztin:* "Naja - des lernt ma entweder schon beim Famulieren während des Studiums oder ehm aber beim Beginn des Turnus auf der erstn Station - wo ma ehm hinge/zugeteilt wird. Do is oiso dann irgendjemand meistens - der einem unter die Fittiche nimmt - meistens sinds wieder Turnusärzte die halt dann den Famulantn oder den neuen Kollegen unter die Fittiche nehmen - sich seiner annehmen und ihm das beibringen."

Als Basis dafür stehen stichwortartig verfasste Ablaufmuster in der Form "Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte, jetzige Erkrankungen, Familienanamnese etc." zur Verfügung, die "*man ja in 10 Minuten erfaßt hat*" (Zitat einer Famulantin). Auf manchen Stationen gibt es immerhin auch den Ablaufschritt "soziale Anamnese", in dem die beruflichen und familiären Verhältnisse erfragt werden sollen. Dazu meint eine Turnusärztin:

"Bei uns - glaub ich - isses so daß ma - sehr oft vergessen die/ - ah - zu einer guten Anamnese gehört eigentlich auch dazu a Kurzangabe über die sozialen Verhältnisse unter denen er lebt."

(...). Auf des wird - glaub ich - vü zu wenig Wert gelegt - wos weiß i - die Leut erzähl'n einem Sachn (*ausführliche Schilderung einer dramatischen Patienten-Erzählung*)- des schreib ma dann oft gor net nieda - daweil is des jo des a irgendwie sehr intressant - solche Sachn."

Hier wird die Ambivalenz der Ärztin zwischen Lehrbuchanamnese und beruflicher Praxis deutlich: sie weiß, daß psychosoziale Informationen per definitionem Teil einer guten Anamnese sind, denen aber, abgesehen von objektiven Daten wie Beruf und Familienverhältnisse, institutionell wenig Bedeutung beigemessen werden, obwohl sie doch auch "*irgendwie sehr interessant*" sind.

Menz (1991) untersuchte, wie diese "Gesprächsausbildung" von FamulantInnen unter Anleitung von TurnusärztInnen am Krankenbett verläuft, und vor allem, welche Inhalte und Fertigkeiten vermittelt werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung möchte ich kurz zusammenfassen: Von großer Bedeutung ist das Erfüllen der formalen Kriterien entsprechend den Verwaltungsvorschriften. Den FamulantInnen wird beigebracht, wie das Anamneseblatt korrekt auszufüllen ist; hierbei werden sie speziell über die Verwendung von Jargonausdrücken und Abkürzungen instruiert, die die Schreibearbeit verkürzen helfen. Zugleich werden sie über die Reihenfolge der verschiedenen Fragen und Fragenkomplexe informiert und bekommen konkrete Handlungsvorschläge in der Form "Da fragst du, ob er ...". Dabei gilt es zu bedenken, daß dies alles am Krankenbett des Patienten/der Patientin sitzend abläuft.

Besonders deutlich wird die sozialisatorische Funktion bei der Instruierung in die medizinische Fachsprache: die umgangssprachlichen Äußerungen der PatientInnen werden von den anleitenden ÄrztInnen explizit und mit entsprechenden Erklärungen und Kommentaren versehen, in die medizinische Fachsprache übersetzt und von den FamulantInnen in das Anamneseblatt eingetragen. Dazu möchte ich exemplarisch eine Erklärung aus einem in Menz (1991) analysierten Gespräch zitieren, die eine anleitende Turnusärztin einer Famulantin gibt:

"in den letzten Tagen - zunehmende Dyspnoe /13"/ sowohl inspiratorisch als auch expiratorisch - net. weil er gsogt hat - er kann nicht einatmen und auch nicht ausatmen. (Menz 1991:95)"

Alle diese Ergebnisse zeigen, wie die FamulantInnen in das typische ärztliche Handeln sozialisiert werden: sie lernen neben dem Insiderjargon, der eine wichtige gruppenbindende Funktion erfüllt, die umgangssprachlichen Ausdrücke und Beschwerdenschilderungen der PatientInnen zu fragmentieren, also die medizinnahen Begriffe herauszuselektieren, die Gesamtbedeutung auf diese zu reduzieren und sie in vorhandene fachsprachliche Begrifflichkeit zu übersetzen. Diese Sozialisierungsmechanismen werden über Erklärungen und Hinweise *explizit* formuliert. Was sie nicht lernen, ist, PatientInnen als Subjekte wahrzunehmen und eine Beziehung zu ihnen herzustellen: "Obwohl es eine wesentliche Funktion der Anamnese ist, eine tragfähige Beziehung zum Patienten/zur Patientin herzustellen und dies

nur über kommunikatives Handeln geschehen kann, spielt das Unterrichten dieser Fertigkeiten eine geradezu marginale Rolle und kommt im untersuchten Material praktisch nicht vor" (Menz 1991:97).

Den FamulantInnen wird das Bild einer sehr formalen und distanzierten Beschäftigung mit PatientInnen nahegebracht (Menz 1991:99), und diese Sozialisierung geschieht wesentlich subtiler und *implizit*: die PatientInnen werden zu Beginn der Anamnese nicht begrüßt, sie werden auch nicht darüber informiert, daß es sich um eine Ausbildungssituation handelt. Das führt dazu, daß diese während des Gesprächs - ähnlich vergeblich wie bei einer Visitsituation - versuchen, Initiativen anzubringen und Informationen und Erklärungen ihre Krankheit betreffend zu erhalten (Menz 1991:79). FamulantInnen lernen, daß PatientInnen Objekte sind, über die in ihrer Anwesenheit gesprochen wird, daß sie als InformantInnen für Daten dienen, die aus vorliegenden Dokumenten oder Befunden nicht ersichtlich sind. Diese Ausbildungssituation macht die PatientInnen sogar in doppeltem Maße zu Objekten: einmal unter dem biomedizinischen Verständnisansatz zu Objekten einer Untersuchung und zum zweiten zu Objekten für Demonstrations- und Lehrzwecke (Menz 1991:102).

#### 4.2.1. Widersprüche und Abwehrstrategien

Aufgrund dieser Ausbildungsbedingungen ist das Wissen von FamulantInnen und angehenden ÄrztInnen bezüglich der Zielsetzung von Anamnesegesprächen zweigeteilt: Sie besitzen einerseits ein theoretisches, über entsprechende Literatur angeeignetes Wissen, daß in einer guten Anamnese auch soziale Informationen über die PatientInnen nicht fehlen dürfen und neben der Informationsfunktion auch die Interaktionsfunktion, also die Herstellung von Vertrauen und Beziehung zu den PatientInnen, eine Rolle spielen. Andererseits besitzen sie ein praktisches, über Demonstration und direkte Anleitung angeeignetes Wissen: dieses umfaßt einen explizit vermittelten und z.B. in einem Interview darstellbaren Bereich der formalen Bedingungen und Ablaufschritte von Anamnesegesprächen, und es umfaßt einen indirekt vermittelten Bereich spezifischer sprachlicher Mechanismen, der sie "konditioniert", individuelle Patientendarstellungen in die institutionelle Begrifflichkeit zu übersetzen und psychosoziale Bedeutungen und die affektive und beziehungsorientierte Dimension auszublenden.

Da solche Widersprüchlichkeiten und Unvereinbarkeiten, von denen es durch die spezielle Sozialisation, die Rollenerwartungen und die organisatorischen und strukturellen Bedingungen der Institution noch viele gibt, nicht reflektiert und offen bearbeitet werden, müssen sie mit Rationalisierungs- und Abwehrstrategien bewältigt werden (vgl. den Begriff des "Mythos" in Main 1981, Lalouschek/Menz/Wodak 1990, sowie Basler et al. 1978).

In bezug auf das Gespräch mit den PatientInnen möchte ich zwei dieser Strategien etwas näher besprechen. Die erste ist das Argument der Zeitökonomie:

ausführlichere Gespräche bräuchten Zeit, die in der ohnehin schon überlasteten Situation des Arbeitsalltags nicht vorhanden sei. Aus diesem Grund sei ein Anamnesegespräch, das entsprechend dem beschriebenen Ablaufschema verlaufe, zeitsparend und zudem noch übersichtlich geordnet und von den Befunden her vollständig, also auch zeitsparend für den weiteren Behandlungsverlauf. Diese Einstellung spiegelt sich auch in der Antwort einer Turnusärztin auf die Frage, wie ein ideales Anamnesegespräch aussehen solle, wider:

*Interviewer:* Wie sieht für Sie das ideale Anamnesegespräch aus?  
*Turnusärztin:* 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.

Natürlich ist die prinzipielle berufliche Überbelastung ein ernstzunehmender Faktor, der nur im Rahmen einer umfangreichen organisatorischen und strukturellen Veränderung angegangen werden kann. Dennoch ist das Argument der zeitlichen Ökonomie nicht stichhaltig. Denn für viele ÄrztInnen ist unbestritten, daß es langfristig gesehen viel ökonomischer ist, in ein gutes Erstinterview ausreichend Zeit zu investieren, da man so den Patienten/die Patientin besser kennenlernt, viele zusätzliche Kurzgespräche entfallen und die Behandlung patientengerechter und gezielter erfolgen kann. Dadurch können viele diagnostische und therapeutische Umwege vermieden und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verkürzt werden. Das wiederum wirkt sich entlastend auf das Ausmaß der gesamten beruflichen Anforderungen und natürlich nicht zuletzt auch auf die Kosten im Gesundheitswesen aus (vgl. auch Strotzka 1984:160). Diese weitreichenden Wirkungszusammenhänge können in diesem Rahmen natürlich nur angedeutet werden.

Die zweite, mit der Zeitökonomie zusammenhängende Argumentation ist die, PatientInnen würden, ohne entsprechende "Zügelung", nicht zu erzählen aufhören, abschweifen, vom "Hundertsten ins Tausendste" kommen. Wie die Analysen der Student-Patienten-Gespräche zeigen werden, ist diese Angst vom Textmaterial her nicht wirklich begründbar. Selbst wenn PatientInnen ausführlicher erzählen, so bleiben diese zusätzlichen Informationen stets unmittelbar mit der Erkrankung verbunden bzw. kommen immer wieder darauf zurück (vgl. v.a. (9.3.1.4.), (10.1.1.)). Diese Verbindung, die zudem regelmäßig sehr wichtige Informationen über die PatientInnen, ihr Umfeld und ihren Umgang mit der Krankheit enthält, wird jedoch nur sichtbar, wenn die PatientInnen diese Erzählungen auch zu Ende führen können. Gerade die Unterbrechungen und Fragmentierungen führen dazu, daß die PatientInnen von den für sie relevanten Themen abgelenkt werden und immer wieder versuchen, sie neuerlich einzubringen oder weiterzuführen, was zu

neuerlichen Unterbrechungen von Seiten der ÄrztInnen führt. Das so entstehende, vermeintlich ausschweifende Gesprächsverhalten bezeichnen Helmich et al. (1991) dementsprechend auch als "das Ergebnis der Eskalation im Scheitern des Versuchs, sich uns /den ÄrztInnen (J.L.)/ verständlich zu machen" (Helmich et al. 1991:275).<sup>16</sup>

In "nicht-fragmentierten" Darstellungen thematisieren PatientInnen individuell relevante Ereignisse und Gefühle, die mit ihrer Erkrankung in Zusammenhang stehen. Ein interaktiver Umgang mit diesen Schilderungen bedeutet nicht, diese lediglich "zur Kenntnis zu nehmen", sondern sie im Rahmen des ärztlichen Gesprächs angemessen zu bearbeiten. Diese Bearbeitung erfordert jedoch kommunikative Fähigkeiten, die dem Bereich therapeutischen sprachlichen Handelns zugerechnet werden müssen (vgl. (6.1.)). Aufgrund der somatisch-technisch orientierten Ausbildung und der fehlenden Gesprächsschulung steht den MedizinstudentInnen und ÄrztInnen keine entsprechende Qualifikation und somit kein angemessenes Repertoire an sprachlichen Handlungen zur Verfügung, um mit diesem Bereich produktiv umzugehen.

Und damit schließt sich der Kreis zur Ausbildung: die affektiv und erlebensmäßig relevanten Anteile von Patienten-Erzählungen können aufgrund der fehlenden spezifischen Qualifikation nicht bewältigt werden. Die dem professionellen sprachlichen Handeln von ÄrztInnen zugehörigen Mechanismen der Ausblendung und Fragmentierung ermöglichen es, die Thematisierung und Bearbeitung dieser Bereiche zu unterbinden. Andere sprachliche Handlungen, die der Bearbeitung dieser Bereiche dienen, sind kein Teil des herkömmlichen "professionellen sprachlichen Handelns von ÄrztInnen", die ausgeblendeten Bereiche können als "professionell irrelevant" bagatellisiert werden. Die systemstabilisierende Funktion der Rationalisierungsstrategie wird deutlich.

Da der krankheitszentrierte Ansatz diesem immateriellen Bereich von intersubjektiven und innerpsychischen Prozessen also keinen professionell relevanten, z.B. diagnostischen Wert beimißt, hat er in der Institution selbst auch keine "materielle" Entsprechung, wie etwa eine ausbildungsbegleitende Gesprächsschulung und selbstverständlich zur Verfügung stehende Möglichkeiten der psychischen und emotionellen Entlastung und Konfliktbearbeitung für ÄrztInnen in Form von supervidierten Gesprächsgruppen, in denen sie die fehlende therapeutische Qualifikation erwerben könnten.

Diese komplexen, vielfältigen und unglaublich stabilen Vernetzungen und Abhängigkeiten erklären auch, warum Ansätze zu Veränderungen so schwer greifen und so oft zum Scheitern verurteilt sind.

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu ausführlich die Analysen in (9.3.2.) und (9.4.3.)

#### 4.2.3. Die Sozialisierung von PatientInnen in den medizinischen Diskurs

Das spezifische sprachliche Verhalten der ÄrztInnen übt natürlich einen starken Einfluß auf das Verhalten von PatientInnen insgesamt und speziell natürlich auf deren Gesprächsverhalten aus. Je mehr Erfahrungen Patienten und Patientinnen mit Krankenhausaufenthalten und ärztlichen Konsultationen haben, desto geläufiger sind ihnen die Regularitäten von herkömmlichen ärztlichen Gesprächen und natürlich auch die Erwartungen, die ÄrztInnen an PatientInnen haben (vgl. z.B. den oben zitierten Ausschnitt aus dem Interview mit der Turnusärztin). PatientInnen wissen also im Normalfall, daß ÄrztInnen eine knappe, somatisch orientierte Leidensdarstellung in "Berichtform" bevorzugen. Brucks/v.Salisch/Wahl (1984:29) stellten fest, daß ÄrztInnen umso spezifischer auf Beschwerdenschilderungen eingehen, je "medizinnaher" sie vorgebracht werden. Die Untersuchungen von Hein et al. (1985) und Lalouschek/Menz/Wodak (1990) zeigten, daß ÄrztInnen derart kooperative PatientInnen durch eine größere Bereitschaft, ihnen zusätzliche Erklärungen und Informationen zu geben und mehr Zeit für die Gespräche aufwenden, sehr subtil belohnen. Erzählen hingegen ist unerwünscht (Bliesener 1980).

Cicourel (1985) konnte zeigen, daß PatientInnen medizinnahere Äußerungen und Fachvokabular zur Beschwerdenbeschreibung verwenden, in der Meinung, so von den ÄrztInnen eher verstanden zu werden. Der Gebrauch von "doctor language" (Cicourel 1985:195) führt jedoch systematisch zu nur oberflächlichen Einigungen und zu grundlegenden Mißverständnissen über Befunde und den weiteren Behandlungsverlauf (vgl. auch Shuy 1976).

Wie die bisherige Forschung zur Arzt-Patienten-Kommunikation und speziell auch die Analyse des Anamnesegesprächs in (4.2.1.1.) gezeigt hat, sozialisiert das typische ärztliche Gesprächsverhalten die PatientInnen zur Einnahme einer passiven, reaktiven Haltung. Die Verwendung von Fachjargon, nicht nachvollziehbare Themenwechsel, regelmäßige Unterbrechungen von Erzählversuchen und das Sprechen über die PatientInnen in deren Anwesenheit schränkt deren Möglichkeiten, sich am Gespräch in einer anderen Form als über die Beantwortung der ärztlichen Fragen zu beteiligen, enorm ein. Wie stark sich diese Sozialisation auf das sprachliche Verhalten von PatientInnen auswirkt, möchte ich im folgenden an einigen Textausschnitten zeigen.

##### 4.2.3.1. Der sozialisierte Patient

Das folgende Gespräch<sup>17</sup> findet in der internistischen Ambulanz eines öffentlichen Krankenhauses statt. PatientInnen, die einer Operation unterzogen werden sollen, müssen, sofern sie nicht auf der internistischen Abteilung liegen, in dieser Ambu-

---

<sup>17</sup> Dieses Gespräch stammt aus dem Textcorpus des Forschungsprojektes "Alltag in der Ambulanz" (Lalouschek/Menz/Wodak 1990).

lanz untersucht werden. Dort erfolgt eine körperliche Untersuchung und eine Kurz-anamnese. Während dieses kurzen Gesprächsausschnittes trägt die Ärztin die Informationen des Patienten in eine Befundmappe ein und blättert auch in seiner Krankengeschichte.

Aw: Turnusärztin

Pm: Patient, 57 Jahre

Aw: Was wird bei Ihnen operiert? (.....) -  
027 Pm: Ah - de - Carotis.

Aw: Links? Mhm - Ham Sie schon Operationen ghabt?  
028 Pm: Nein - na

Aw: Noch gar keine? Schwerere  
029 Pm: Noch gor kane. - Is des a Fehler?

Aw: Erkrankungen mit Herz - Lunge? Herzinfarkt- wann  
030 Pm: Herzinfarkt

Aw: war das? Und ham Sie seither mit dem Herzen  
031 Pm: 78 im Mai. - -

Aw: Beschwerden?-  
032 Pm: Na - fallweise hab ich - aber ich bin - sehr

033 Pm: gut belastbar gewesen - (letzte Zeit) also a hohe

Aw: mhm mhm  
034 Pm: Belastbarkeit ghabt. - - Und - relativ alles in Ordnung.

035 Aw: - und Sie sind schon einmal auf da - Neurochirurgie glegn

Aw: mhm - - -  
036 Pm: ja war ich schon ja - voriges Jahr im August. mit

Aw: mhm  
037 Pm: Verdacht auf - ahm - wie haßt des -- Schlaganfallverdacht

038 Pm: war des - - -

Dieser erfahrene Patient beherrscht die medizinischen Fachausdrücke seiner Krankheiten. In seinen Antworten beschränkt er sich auf die schlagwortartige Verwendung dieser Termini ("Carotis" (27), "Herzinfarkt" (30)), auf eine rein objektive Datenwiedergabe ("78 im Mai" (31)) und verwendet auch fachsprachliche Formeln wie "mit Verdacht auf" (37). Auch auf Fragen nach seiner persönlichen Befindlichkeit reagiert er mit medizinnahen Formulierungen wie "a hohe Belastbarkeit gehabt" (33/4). Dabei unterbricht er sich selbst am Beginn einer umgangssprachlich formulierten, möglicherweise bedeutsamen Äußerung ("Na - fallweise hab ich - aber ich bin" (32)) zugunsten der positiv formulierten fachsprachlichen

Beschreibung, die er in der Wiederholung zusätzlich substantiviert. Die Folgeäußerung "*Und - relativ alles in Ordnung.*" (34) verstärkt die Vermutung, daß die Belastbarkeit fallweise doch nicht so gut ist. Auch seine zweite Selbstkorrektur ("*Mit Verdacht auf - ahm - wie haßt des*" (37)) zeigt sein Bemühen um eine medizinische Ausdrucksweise. Diese Selbstkorrekturen deuten darauf hin, daß er umgangssprachliche Formulierungen und damit zusätzlich mittransportierte andere Informationen vermeiden möchte.

Mit anderen Worten könnte man sagen, daß dieser Patient, dessen Beschwerdenschilderungen im Laufe seiner Krankenhauserfahrungen schon mehrfach dem Prozeß der Fragmentierung unterzogen worden sind, in diesem Gespräch diese Fragmentierung selbst durchführt und aus seinen Äußerungen alle nicht-medizinischen Bedeutungen ausblendet, was in diesem Fall sogar die umgangssprachlichen Bedeutungen betrifft.

Die einzige abweichende Äußerung, nämlich seine eher "joviale" Antwort "*Noch gor kane. - Is des a Fehler?*" (029)" auf die Frage nach früheren Operationen, hat m.E. mit seinem mangelndem Wissen über das Ablaufschema dieser Untersuchung zu tun. Diese Frage erfolgt routinemäßig und bezieht sich auf die Erfassung von etwaigen Narkosezwischenfällen. Die Jovialität ist möglicherweise ein Bewältigungsmechanismus der für den Patienten nicht eindeutig interpretierbaren Interaktionssituation.

Dieser Patient würde von ÄrztInnen wahrscheinlich als "gut informiert, kooperativ und praktisch" bezeichnet werden. Und auch für den Patienten scheint der Idealfall eines Arzt-Patient-Gesprächs dann einzutreten, wenn er - zumindest an der Oberfläche - das Fachwissen mit dem Arzt/der Ärztin teilt. Dadurch sichert er sich zwar ein sehr wohlwollendes Verhalten von Seiten der ÄrztInnen, bekommt aber gleichzeitig keinerlei Erklärungen oder Informationen, da er ohnehin schon gut informiert scheint. Nur nebenbei sei erwähnt, daß sich hier die paradoxe Situation eröffnet, daß PatientInnen durch ein derartig angepaßtes Sprachverhalten das ärztliche Sprach- und Rollenverhalten bestätigen und verstärken und damit zur Etablierung einer Struktur beitragen, die sie als gesamtheitliche erlebende Individuen ausblendet und ihren Bedürfnissen zuwiderläuft (vgl. dazu auch Menz 1991).

### **4.3. Konsequenzen für die studentischen Anamnesegespräche**

Was den möglichen Einfluß dieser Sozialisationsprozesse auf die Gespräche in den studentischen Anamnesegruppen betrifft, sei folgendes festgehalten: Alle teilnehmenden StudentInnen haben schon Praktika in Krankenhäusern absolviert und besitzen somit ein - mehr oder weniger stark ausgeprägtes - Wissen über die Zielsetzungen und den Ablauf von herkömmlichen Anamnesegesprächen und sind in irgendeiner Form in den medizinischen Diskurs sozialisiert. Die PatientInnen kommen von den Stationen, auf denen sie aufgenommen sind, zu den Gesprächen. Das

bedeutet erstens, daß allen PatientInnen der herkömmliche medizinische Diskurs geläufig ist; das bedeutet aber auch, daß für sie keine wahrnehmbare institutionelle Veränderung stattfindet, sie also auf ein herkömmliches ärztliches Gespräch eingestellt sind und Fragen erwarten und nicht Reflexion.

Die ersten allgemeinen Fragestellungen, die sich daraus ableiten lassen, sind<sup>18</sup>: Wie und in welchen Gesprächskontexten wirken sich die in der Ausbildung und in den herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen erworbenen sprachlichen Verhaltensweisen der StudentInnen und der PatientInnen auf die Gespräche in den Anamnesegruppen aus? Gibt es Gesprächsabschnitte, die davon besonders betroffen sind: Sind z.B. zu Gesprächsbeginn spezielle Orientierungshinweise für die PatientInnen notwendig, um die für sie nicht wahrnehmbare institutionelle Veränderung sichtbar zu machen und den für die PatientInnen ungewohnten Diskurstyp explizit von herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen abzugrenzen? Greifen die StudentInnen vor allem in den Gesprächsabschnitten, in denen die PatientInnen affektiv relevante Ereignisse thematisieren, auf das ihnen geläufigere Repertoire zurück, also auf Mechanismen der Ausblendung und Fragmentierung bzw. auf Fragen aus dem herkömmlichen Anamnesemuster?

---

<sup>18</sup> Eine differenzierte Darstellung der untersuchungsleitenden Fragestellungen und der Analyse-kategorien findet sich im Anschluß an die allgemein-theoretischen Ausführungen in (Kap. 8.).

## 5. Die psychosoziale Medizin

Die Zielsetzung der Anamnesegruppen ist es, angehende ÄrztInnen zu befähigen, mit PatientInnen "psychosoziale" Gespräche zu führen, d.h. Gespräche, die am Konzept einer patientenzentrierten Medizin orientiert sind, und in denen die PatientInnen und deren Beschwerden und Erkrankungen im je individuellen psychosozialen Zusammenhang wahrgenommen werden (sollen). Um die untersuchten Student-Patienten-Gespräche und die ihnen zugrundeliegende Struktur verstehen zu können, werde ich zuerst einen allgemeinen Überblick über den Ansatz der psychosozialen Medizin geben und anschließend vorhandene Konzepte zur psychosozial orientierten Gesprächsführung darstellen.

### 5.1. Das Konzept der psychosozialen Medizin

#### 5.1.1. Patientenzentrierte, psychosoziale, psychosomatische Medizin - zur Begriffsbestimmung

Die psychosoziale Medizin verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz im Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Sie sieht den Patienten/die Patientin als Person mit einer je individuellen biografischen und psychologischen Geschichte, eingebunden in seine/ihre soziale Umwelt, und versucht, die jeweilige Krankheitssituation als Teil dieser Lebenssituation im Spannungsfeld zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zu verstehen.<sup>19</sup>

"Sie /die psychosoziale Medizin/ enthält die Grundlagen der (medizinischen) Psychologie und der (medizinischen) Soziologie und vertritt die Anwendung allgemeiner psychosozialer Erkenntnisse bei allen Krankheiten. Sie ist vorwiegend auf den Patienten und seine jeweilige Krankheitssituation bezogen und versucht somit, einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis gerecht zu werden." (Heim/Willi 1986:436)

Mit dieser Definition entspricht die psychosoziale Medizin der Humanmedizin im eigentlichen Sinne und überlappt in weiten Bereichen mit den Konzepten der patientenzentrierten Medizin nach Balint ((1966) 1991) und der modernen psychosomatischen Medizin, die stark von Systemtheorie, von kybernetischen Modellen,

---

<sup>19</sup> Dieser Ansatz orientiert sich an den Darstellungen der psychosozialen und psychosomatischen Medizin in Heim/Willi (1986), Willi/Heim (1986), Adler et al. (1990), Uexküll (1990) und Helmich et al. (1991).

von multikausalen Vorstellungen und von der Spezifität psychophysiologischer Zusammenhänge mit der Umwelt geprägt ist (vgl. dazu ausführlich Uexküll 1990, Uexküll/Wesiak 1990), sowie mit den Konzepten zum Menschenbild, die der Psychotherapie ganz allgemein zugrundeliegen (Strotzka 1984).<sup>20</sup>

### 5.1.2. *Gesundheit und Krankheit aus psychosozialer Sicht*

In der psychosozialen Medizin stehen Krankheit und Zeitpunkt einer Erkrankung mit dem Individuum und seinen Lebensumständen, seiner psychosozialen Entwicklung und Geschichte und damit mit seiner innerpsychischen Struktur, die die Wahrnehmung seiner individuellen Wirklichkeit und seine Bewältigungsmechanismen färbt, und natürlich auch mit körperlichen Prädispositionen in direktem Zusammenhang. Wenn die somatische Medizin den Körper als Hierarchie von Subsystemen eines, von der Haut begrenzten, semantisch geschlossenen Systems beschreibt, so beschreibt die psychosoziale Medizin die individuelle Wirklichkeit des Menschen als zweites Kompartiment, das den Körper umgibt (Uexküll/Wesiak 1990:29). Die Verbindung von somatischer und psychosozialer Medizin führt dazu, daß die Teilung des Menschen in ein materielles und ein psychisches "Sein", also in die Begriffe "Körper" und "Seele", rückgängig gemacht wird. 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 (vgl. (6.1.)).

In der psychosozialen Medizin wird Krankheit als "Störung komplizierter Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen" (Westphale/Köhle 1982:106) aufgefaßt und als ungelöste Problemsituation oder deren Folgen definiert. Wenn psychosoziale Belastungen für ein Individuum als unkontrollierbar erlebt werden und/oder Erfahrungen nicht bewältigt werden können, kommt es zu Verstimmungen und bei längerem Ausbleiben von Lösungen zu Krankheiten. Der Zeitpunkt, die Art und das Ausmaß der Verstimmung bzw. der Krankheit ist wiederum von der vorausgegangenen biografisch bestimmten Entwicklung abhängig (vgl. Schüffel 1983:28).

Mit dieser Sichtweise wird Krankheit nicht von vorneherein als Defizit im Kontrast zu Gesundheit definiert, sondern als Leistung im Sinne eines Lösungsversuchs einer schwierigen Situation, als ein "bei einem bestimmten Menschen zu einer bestimmten Zeit (ein) notwendiger und sinnvoller Ausdruck seiner ihm jetzt möglichen Weltbezüge" (Helmich et al. 1991:5).

---

<sup>20</sup> In meiner Arbeit wie auch in den Student-Patienten-Gesprächen der Anamnesegruppen geht es primär um die Umsetzung einer patientenzentrierten, beziehungsorientierten Grundhaltung im Gespräch mit den PatientInnen. Da dies als die genuine ärztliche Haltung bezeichnet wird, die allen Konzepten grundlegend zu eigen ist, ist die Klärung oder Abgrenzung dieser Begriffe im Zusammenhang mit meinem Forschungsinteresse nicht relevant.

Den Grund für die Möglichkeit der "Somatisierung" orten Helmich et al. (1991:164f) in der sozialen und psychischen Entlastung. Die soziale Entlastung läuft über die gesellschaftlich vorhandene Rolle des körperlich Kranken, der, v.a. in der akuten Krankheitsphase, für seinen Zustand und seine Folgen nicht verantwortlich gemacht wird und dessen Versorgungswünsche und Versorgungsansprüche in Verbindung mit körperlichen Beschwerden viel eher erfüllt werden. Die psychische Entlastung entsteht dadurch, daß über die Krankheit nicht lösbare Konflikte vorläufig gebannt und die zugehörigen Affekte gebunden und abgewehrt werden (können).

Auch im Konzept von Gesundheit unterscheidet sich die psychosoziale von der somatischen Medizin. Gesundheit ist nicht eine quasi vorgegebene statistische Norm, die durch Krankheit abgebaut wird, sondern, kurz gesagt, ein Gefühl der Kohärenz des Individuums mit seiner Umwelt, also ein Gefühl sozialen Integriertseins und das Erleben der Voraussagbarkeit bzw. Beeinflussbarkeit der Entwicklung und der Umstände, das Wohlbefinden auslöst. Aus psychosozialer Sicht sind Gesundheit und Krankheit also Zustände oder Prozesse auf einem Kontinuum der subjektiven Befindlichkeit eines Individuums, das sich im Sinne eines sich selbstorganisierenden Systems aktiv auf diesem Kontinuum bewegt.<sup>21</sup>

Im Prozeß der Gesundwerdung ("Salutogenese", Antonovsky 1987) geht es darum, das Gefühl der Kohärenz der Person aufs neue und durchaus verändert wiederherzustellen, also in Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin angemessenere, 'reifere' Problemlösungsansätze für die gegebene Belastungssituation oder die inneren Konflikte zu entwickeln" (Helmich et al. 1991:284).

### *5.1.3. Die psychosoziale Haltung*

Für die ÄrztInnen, die von einem psychosozial orientierten Verständnisansatz von Krankheit ausgehen, ist es nun notwendig, in der Begegnung mit den PatientInnen einen Raum zu schaffen, in dem sich die individuelle Wirklichkeit der PatientInnen aufbauen und entfalten kann. Dieser Raum ist ein ärztliches Gespräch, in dem der Arzt/die Ärztin bereit ist, sich selbst als Persönlichkeit in das diagnostische und therapeutische Geschehen einzubeziehen, sich also auf eine Beziehung zum Patienten/zur Patientin einzulassen.

Diese Haltung steht in direktem Kontrast zu den herkömmlichen Anamnese-gesprächen, in denen es um die Erhebung von Befunden geht. Im gleichen Maße, in dem dort die individuelle und affektive Dimension der PatientInnen ausgeblendet wird, ist auch eine emotionale Beteiligung des Arztes/der Ärztin dysfunktional im

---

<sup>21</sup> Diese - notwendigerweise - verkürzte Darstellung beruht auf dem Konzept der "Salutogenese" und dem "concept-of-coherence" in Antonovsky (1987), das ausführlich dargestellt ist in Helmich et al. (1991), sowie auf dem Konzept der "Autopoiese" in Maturana/Varela (1987) und weiteren systemtheoretischen Ansätzen (vgl. dazu ausführlich Uexküll/Wesiak 1990, Pauli 1990).

Hinblick auf eine objektivierbare Diagnose. Solange die Medizin nur pathologisch veränderte Organstrukturen und gestörte Organfunktionen zum Gegenstand hat, kann die Erhebung der Befunde im Grunde durch innerlich unbeteiligte, beliebig austauschbare BeobachterInnen (Helmich et al. 1991) oder sogar über vorgedruckte Anamneseerhebungsbögen vorgenommen werden.

Die Herausforderung, die mit einer psychosozialen Haltung für die ÄrztInnen verbunden ist, und auf die ich im weiteren Verlauf meiner Arbeit noch vielfältig eingehen werde, ist die Bereitschaft "zu ständiger kritischer Analyse und Revision seiner eigenen Voraussetzungen" (Uexküll 1990:3), d.h. also bereit zu sein, sich den psychischen Spannungen und Konflikten der PatientInnen zu stellen, was die eigenen unerledigten Konflikte aktiviert, sich selbst zu erfahren und bereit zu sein, das Bild, das er/sie sich vom Menschen und damit auch von sich selbst gemacht hat, zu verändern, sobald sich die Notwendigkeit ergibt. Es erfordert auch die Bereitschaft, sich vom Kranken bewegen zu lassen und sich einer Situation auszuliefern, in der der Kranke mit seinen Konflikten mitgestalten kann, was dem bisherigen Rollenverständnis des Arztes/der Ärztin widerspricht. Köhle/Joraschky (1990) sehen darin einen Hauptgrund für den Widerstand gegen eine 'psychosomatische Betrachtungsweise'. Das übergeordnete allgemeine Ziel der patientenzentrierten, psychosozialen Haltung ist, den Patienten/die Patientin für die weitere Zusammenarbeit als aktive Partner zu gewinnen, also gemeinsam mit ihm/ihr ein "Arbeitsbündnis" aufzubauen (Helmich et al. 1991) und eine Begegnung mit den Kranken zu ermöglichen, die es erlaubt, "mehr von unbefriedigten Bedürfnissen und von unbewältigten Konflikten der Patienten aufnehmen und aushalten zu können, ohne aufgrund der eigenen Belastung dem Patienten vorzeitig ausweichen zu müssen (Westphale/ Köhle 1982:104)."

Diese Beschreibung der patientenzentrierten ärztlichen Grundhaltung und ihrer Ziele entspricht der Definition der psychotherapeutischen Grundhaltung an sich, nach der therapeutisches Handeln sich, abgesehen von der jeweiligen theoretischen Ausrichtung, über Kriterien wie wertfreies Akzeptieren des Klienten/der Klientin, sympathisierendes Einfühlen (Empathie) und Echtheit dieser Haltung (Kongruenz) manifestiert (Strotzka 1984:2, Rogers 1991:40).

Aus diesem Grund ist psychosoziales ärztliches Handeln als eine spezifische Form therapeutischen Handelns zu betrachten. Die sprachlichen Handlungen, mit denen die psychosoziale Haltung im Gespräch umgesetzt wird, erhalten demgemäß die Qualität therapeutischen Sprachverhaltens.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Die Bedeutung dieser Definition für die Ausbildung in psychosozialer Gesprächsführung werden in (6.1.) diskutiert.

#### 5.1.4. Die Arzt-Patienten-Beziehung als Diagnoseinstrument

Die vorangegangenen Ausführungen haben schon darauf hingedeutet, daß in der psychosozialen Medizin die Arzt-Patienten-Beziehung selbst zu einem Instrument für die Diagnose wird. Beim Verstehen der individuellen Wirklichkeit der PatientInnen geht es darum, sich Informationen über die jeweils individuelle subjektive Bedeutung von Lebensereignissen, die individuellen Bedürfnisse und die emotionalen Konflikte anzueignen. Entsprechend dem psychosozialen Konzept der Krankheit als Konfliktbewältigungsmechanismus, handelt es sich in vielen Bereichen um Informationen, die von den PatientInnen nicht so ohne weiteres direkt kommuniziert werden können, da diese dem Bewußtsein oft gar nicht zugänglich sind.

Dieser für einen Arzt/eine Ärztin bisher nicht gewohnte Zugang zu diesen Informationen kann jedoch über die Reflexion der Beziehung mit dem Patienten/der Patientin erfolgen. Indem sich der Arzt/die Ärztin - wie schon erwähnt - vom Patienten/von der Patientin bewegen läßt, kann er/sie diese eigene Mitbewegung, die eigenen emotionalen Reaktionen als Erkenntnismöglichkeit benutzen - quasi als "Resonanzkörper" (Helmich et al. 1991:32) für das Erleben und das Gefühlsleben des Patienten/der Patientin.<sup>23</sup>

"Überspitzt formuliert wird damit die Analyse dieser Beziehung fast wichtiger als die Kenntnis vieler Einzelheiten über den Patienten." (Helmich et al. 1991:25)

Die große Schwierigkeit dieses Vorgehens ist, daß der Arzt/die Ärztin ständig zwischen größerer Nähe und einer gewissen Distanz zum Patienten/zur Patientin, zwischen Identifikation und Reflexion pendeln muß. Nach einem Schritt des Sich-Einfühlens, des Sich-Identifizierens, der nötig ist, um die individuelle Wirklichkeit des Patienten/der Patientin kennenzulernen, braucht es einen Schritt des Sich-Zurücknehmens, um das Erleben reflektieren zu können und für den Patienten/die Patientin verwerten zu können. Zugleich muß der Arzt/die Ärztin aber auch seine/ihre eigenen Gefühle und Intentionen erkennen, die sein/ihr sprachliches Handeln leiten und "nur reflektiert und kontrolliert in das Gespräch einfließen lassen" (Helmich et al. 1991:17).

---

<sup>23</sup> Ein interessanter Hinweis für mögliche Wurzeln dieses Phänomens, das ja die Grundlage für die genuin therapeutischen Wirkmechanismen in Psychoanalyse und Psychotherapie ist, findet sich in Untersuchungen aus dem Bereich der vergleichenden Verhaltensforschung, die dieses Phänomen als Stimmungsübertragung beschreibt (vgl. Eibl-Eibesfeldt 1980). Diese Stimmungsübertragung ist ein Mechanismus der Gruppenbindung und dient dem Zusammenhalt eines Verbandes, sei es ein Vogelschwarm oder eine Affenhorde, da es zweckmäßig ist, daß seine Mitglieder zur gleichen Zeit auch etwa das gleiche tun. Diese Mechanismen der Stimmungsübertragung sind auch in menschlichen Verbänden vorhanden und bewirken z.B. die bekannte "ansteckende Wirkung" von Stimmungsäußerungen wie Gähnen, Weinen und Lachen.

Hier werden natürlich Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene besonders wichtig, die Helmich et al. (1991) neben Anamnese und Arzt-Patienten-Beziehung als drittes Instrument für die Diagnose sehen. Da der professionelle, reflektierte Umgang mit Übertragungsphänomenen ein reiches Maß an Gesprächs- und Selbsterfahrung erfordert, befinden wir uns hier in einem Bereich von Idealanforderungen an die Arzt-Patienten-Beziehung, von dem die untersuchten Student-Patienten-Gespräche notwendigerweise weit entfernt sind. Ich möchte daher nur kurz und der Vollständigkeit halber auf sie eingehen.

Unter Übertragung versteht man, daß jedes Individuum, meist unbewußt, früher erlebte, wichtige Erfahrungen und Beziehungsmuster in neue Beziehungen überträgt und die Interaktion dementsprechend gestaltet (Laplanche/Pontalis 1975, Strotzka 1984). Die Übertragung von Einstellungen und Gefühlen kann durch alle Beziehungen reaktiviert werden, insbesondere aber durch jene, die von der Hierarchie her Ähnlichkeit mit einer Eltern-Kind-Beziehung haben. Dazu gehört insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung (Heim/Willi 1986:119f). Für das ärztliche Gespräch heißt dies also, daß PatientInnen eine ihren vergleichbaren bzw. frühen Beziehungen analoge Interaktionsstruktur etablieren, die oft realitätsverzerrt ist, da sie weniger mit der realen Person des Arztes/der Ärztin zu tun hat als mit den auf die Figur oder Verhaltensweisen des Arztes/der Ärztin projizierten Erwartungen und Gefühlen. In der therapeutischen Situation kann die Bearbeitung der Übertragung, d.h. also der verzerrten Wahrnehmung des Therapeuten/der Therapeutin, es für den Klienten/die Klientin möglich machen, sich dieser frühen Muster bewußt zu werden und zu lernen, aktuelle Beziehungen situationsadäquat zu gestalten. Die neutrale, abstinente Haltung des Therapeuten/der Therapeutin ist die Voraussetzung dafür, daß die Übertragungsmuster sichtbar werden (Strotzka 1984).

Aus diesem Grund ist es für den Arzt/die Ärztin notwendig, auf vorhandene Übertragungsneigungen zu achten und sich durch die Übertragung des Patienten/der Patientin nicht zum "Mitagieren" verführen oder provozieren zu lassen. Dieses Mitagieren als unbewußte Reaktion auf die Übertragung wird als Gegenübertragung bezeichnet, die ihrerseits wieder in der individuellen Lebensgeschichte des Arztes/der Ärztin wurzelt. Wenn es dem Arzt/der Ärztin gelingt, auf ein Mitagieren zu verzichten, kann er seine/ihre Reaktionen als diagnostisches Instrument für die Erfassung der Lage des Patienten/der Patientin verwenden. Dies hängt natürlich von der Einsicht des Arztes/der Ärztin in seine/ihre Gegenübertragungsreaktionen ab. Um Übertragungsphänomene als diagnostisches Instrument verwenden zu können, bedarf es zumindest einer therapeutischen Basisqualifikation, die über eine eigene therapeutische Ausbildung erworben werden kann und/oder z.B. über die Teilnahme an Balint-Gruppen, in denen die Erfahrungen unter entsprechender Supervision bearbeitet werden können (vgl. dazu Stucke 1990, Bauriedel 1991, sowie (4.1.)).

## 5.2. Das psychosoziale ärztliche Gespräch: Techniken und Normen

Wie schon mehrfach angeklungen, ist für die Verwirklichung einer psychosozialen Medizin das Gespräch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen von grundlegender Bedeutung: die zwei Angelpunkte der psychosozialen Medizin, die individuelle Wirklichkeit des Patienten/der Patientin und die Arzt-Patienten-Beziehung, benötigen das Gespräch als Raum, in dem sie sich entwickeln und entfalten können. In der Literatur zur psychosozialen und psychosomatischen Medizin gibt es eine Vielzahl von ausgearbeiteten Konzepten zur ärztlichen Gesprächsführung, denen allen eine auf die Person des Patienten und seine lebensgeschichtlichen und lebensweltlichen Bedingungen und seine psychodynamische Struktur zentrierte Sichtweise gemeinsam ist. Die formulierten Regeln und Verhaltenshinweise basieren zu einem Großteil auf gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytischen Techniken sowie auf der jeweils persönlichen Erfahrung aus langjähriger Praxis. Daher sind die jeweils vorgeschlagenen Verhaltensweisen, Gesprächsschritte oder Gesprächsregeln einander im Grunde sehr ähnlich, unterscheiden sich lediglich in den Fokussierungen (vgl. u.a. Adler 1990, Helmich et al. 1991, Geyer 1985, Meerwein 1986, Willi/Heim 1986).

Ich werde mich in meiner Darstellung der Gesprächsnormen auf das Konzept zur Anamneseerhebung von Morgan/Engel (1977) stützen. Dieses Konzept wird in den von Schüffel (1983) konzipierten studentischen Anamnesegruppen, die Vorbild für die von mir untersuchten Anamnesegruppen sind, als Grundlage herangezogen (vgl. (7.1.)). Damit bilden die in diesem Konzept formulierten Gesprächsregeln und Ablaufschritte das, den Student-Patienten-Gesprächen zugrundeliegende idealtypische Ablaufmuster.<sup>24</sup>

### 5.2.1. Die Anamnese als Gespräch - Allgemeines zur psychosozialen Gesprächsführung

- Die Erhebung der Anamnese hat nach Morgan/Engel (1977) drei Funktionen:
1. Die *Interaktions-Funktion*: mit dem Patienten/der Patientin wird Kontakt hergestellt und ein im Ansatz tragfähiges Arbeitsbündnis aufgebaut.
  2. Die *Informations-Funktion*: es werden Informationen gesammelt und unter diagnostischem und therapeutischem Aspekt gewichtet.
  3. Die *Integrations-Funktion*: Die erhaltenen Informationen werden in eine vorläufige Gesamtdiagnose integriert, sowohl Krankheitsbild wie Gesamtsituation des Patienten/der Patientin werden beschrieben, und hieraus werden erste diagnostische und therapeutische Maßnahmen abgeleitet.

---

<sup>24</sup> Einige der genannten patientenzentrierten Gesprächskonzepte, z.B. Heim/Willi (1986) und Adler (1990) basieren ebenfalls auf dem Konzept von Morgan/Engel (1977).

Das zugrundeliegende Ziel ist also, entsprechend dem Konzept der psychosozialen Medizin, die Herstellung einer tragfähigen Beziehung, in welcher der Patient/die Patientin spürt, daß er/sie sich öffnen kann. Als Informationen gelten auch alle Empfindungen und Beobachtungen des Patienten/der Patientin, da sie unter Umständen krankheitsrelevante Daten enthalten sowie seine Einstellung zu den Krankheitssymptomen zeigen. Das hebt die Trennung in physisch/psychisch auf, der Arzt/die Ärztin kann "den Verhaltensstil des Patienten kennenlernen, die gelieferten somatischen und psychosozialen Daten hierzu in Beziehung setzen und somit zur angestrebten Integration von Interaktion und Information kommen" (Schüffel 1983:123). Damit steht der psychosoziale Ansatz in direktem Kontrast zum biomedizinischen, da es darum geht, die reduktiven Mechanismen eines somatisch ausgerichteten Verständnisses von Krankheit sozusagen rückgängig zu machen und das, was in den herkömmlichen ärztlichen Gesprächen systematisch ausgeschlossen wird, zu reflektieren und miteinzubeziehen, die Zusammenhänge wiederherzustellen.

Die von Morgan/Engel (1977) beschriebene Technik der Anamneseerhebung läßt sich als "offen fragendes und assoziativ geführtes Erstgespräch" beschreiben. In ihr sieht Schüffel (1983), der über mehrere Jahre studentische Anamnesegruppen geleitet hat, ein angemessenes Rüstzeug für die patientenzentrierte Medizin. Diese Untersuchungstechnik beruht also erstens auf der '*offenen Frage*' im Gegensatz zur '*geschlossenen Frage*', die mit Ja oder Nein zu beantworten ist oder bestenfalls eine Auswahl aus mehreren vorgegebenen Möglichkeiten zuläßt und die üblicherweise in der Medizin verwendet wird. Die offene Frageform überläßt es dem Patienten/der Patientin, Inhalt und Form der Antwort zu bestimmen. "Man kann geradezu sagen, daß sich der psychosomatisch arbeitende Arzt vom traditionell arbeitenden Arzt durch den gezielten Einsatz der offenen Frage unterscheidet" (Schüffel 1983:24). Zweitens läßt sich der Arzt/die Ärztin vom Patienten/ der Patientin *assoziativ führen*, indem er/sie den Inhalten und Einfällen des Patienten/ der Patientin folgt und sich bemüht, von sich aus wenig neue Inhalte in das Gespräch einzubringen.

### 5.2.2. Die unterschiedlichen Informationsebenen

Indem die ÄrztInnen den PatientInnen mit offenen Fragen die Möglichkeit geben, sich auf ihre Weise mit den für sie relevanten Daten und Ereignissen darzustellen, erhalten sie im Großen und Ganzen ein Gesamtbild der Patientin/des Patienten, das sich aus sehr unterschiedlichen Informationsquellen zusammensetzt. Sie erhalten biografische und medizinische Daten, subjektive Bewertungen und Einschätzungen und über das individuelle verbale und nonverbale Gesprächsverhalten des Patienten/der Patientin auch Eindrücke darüber, wie er/sie sich darstellt und verhält.

Eine Möglichkeit, diese Informationsquellen zu unterscheiden, findet sich in Argelander (1989). Obwohl Argelander dieses Konzept für diagnostische und the-

rapeutische Entscheidungen in psychoanalytischen Erstgesprächen entwickelt hat, ist es meines Erachtens überaus sinnvoll auf psychosoziale Erstgespräche übertragbar. Wie ich zeigen werde, läßt es sich zudem mit linguistischen Konzepten zur Mehrschichtigkeit von sprachlichen Äußerungen (vgl. (6.2.1.)) verbinden, was für meine Fragestellungen und die linguistische Analyse der Student-Patienten-Gespräche besonders bereichernd ist.

Argelander (1989:12ff) unterscheidet drei Informationsquellen bzw. Informationsebenen: die *objektiven* Informationen, die *subjektiven* Informationen und die *szenische* Information.

Bei den *objektiven Informationen* handelt es sich um persönliche Angaben, biografische Daten und Fakten, Informationen über die Beschwerden, Vorgeschichte, auslösende Situationen, die jederzeit nachprüfbar sind. Das entscheidende Instrument, um aufgrund dieser Informationen Zusammenhänge herzustellen, ist das Fachwissen. Und so ist dies auch die Informationsebene, die in herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen am häufigsten genutzt (und von den PatientInnen erwartet) wird.<sup>25</sup> Das Bild, das auf diese Weise von einem Patienten/einer Patientin gewonnen wird, hat "den Charakter einer Rekonstruktion und wirkt deshalb klišiert ohne die einmaligen Züge einer individuellen Persönlichkeit" (Argelander 1989:12).

Die *subjektiven Informationen* sind jene Informationen, die das subjektive Erleben des Patienten/der Patientin, die Bewertung und die individuelle Bedeutung von Erlebnissen und Ereignissen widerspiegeln. Damit gewinnt vor allem die Erzählung des Patienten/der Patientin zu Gesprächsbeginn an Bedeutung für die Gesprächsführung selbst und auch für die linguistische Analyse, da diese Erzählung immer auch die für den Patienten/die Patientin wichtigen subjektiven Bedeutungen und Bewertungen enthält. Helmich et al. (1991:29) bezeichnen die Erzählung als "die angemessene Form für die verbale Vermittlung subjektiven Erlebens"; (vgl. dazu auch Bliesener 1980, Bliesener/Köhle 1986 und (9.3.1.)).

Die *szenische Information* unterscheidet sich von der subjektiven insofern, als nicht mehr die berichteten Daten im Vordergrund stehen, denen der Patient/die Patientin eine subjektive Bedeutung verleiht, sondern das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen. Damit kommt der 'szenischen Information' große Bedeutung für die Vermittlung subjektiver Daten zu.<sup>26</sup> PatientInnen 'inszenieren' aufgrund ihrer Persönlichkeit und ihrer Geschichte auch im Umgang mit dem Arzt/der Ärztin ihre jeweilige psychosoziale Situation, insbesondere ihre Konflikte. Über das Verständnis der 'Szene' kann der Arzt/die Ärztin Einblick in die individuelle Wirklichkeit des Patienten/der Patientin bekommen,

---

<sup>25</sup> Wie dies über Sprache "funktioniert", habe ich mit dem Prozeß der Fragmentierung von Patientenäußerungen in (4.2.1.) dargestellt.

<sup>26</sup>Wodak (1981) kommt über die Darstellung und Analyse der Funktionen unterschiedlicher Typen von Problemstellungen in therapeutischen Gruppen zu vergleichbaren Ergebnissen (vgl. dazu (6.2.1.1.)).

"das Instrument der Wahrnehmung ist einzig und allein die Persönlichkeit des Interviewers, eingesetzt und abgestimmt auf das unbewußte Beziehungsfeld mit dem Patienten" (Argelander 1989:14). Diese Definition entspricht m.E. der schon erwähnten Forderung, sich vom Patienten/von der Patientin bewegen zu lassen und die so hervorgerufenen emotionellen Reaktionen als Informationen über die Gefühlswelt des Patienten/der Patientin zu benützen (vgl. (5.4.1.)).

Je besser die Integration der Informationen aus allen drei Quellen gelingt, desto zuverlässiger wird das Bild, das der Arzt/die Ärztin über die Persönlichkeit des Patienten/die Patientin gewinnt (Argelander 1989:15). Vorausgreifend sei erwähnt, daß es in der linguistischen Analyse der Student-Patienten-Gespräche auch darum gehen wird, Erzählungen und Äußerungen von PatientInnen auf diese Informationsebenen hin zu untersuchen und zu verfolgen, auf welche Ebene sich der Student/die Studentin in der anschließenden Äußerung bezieht. Das gibt Aufschluß darüber, welche Informationsebene aus der Patientendarstellung wahrgenommen und weiter thematisiert wird, welche ausgeblendet und welche integriert wird (vgl. (6.2.)). Dies ist besonders aussagekräftig in Hinblick auf die Student-Patienten-Beziehung und die Haltung, die der Student/die Studentin dem Patienten/der Patientin gegenüber einnimmt (vgl. (9.3.2.), (9.4.)).

### 5.2.3. Die 9 Stufen der Anamneseerhebung

Im folgenden möchte ich auf die in Morgan/Engel (1977) dargestellten einzelnen Schritte der Anamneseerhebung eingehen. Zugleich werde ich schon an dieser Stelle auf Regelformulierungen hinweisen, die entweder recht vage sind oder denen idealisierte Wirkungszusammenhänge zugrundeliegen, und sie im Hinblick auf dadurch bedingte mögliche Umsetzungsschwierigkeiten im aktuellen Gespräch *kommentieren*.<sup>27</sup> Bei der Analyse der Gespräche soll es nicht darum gehen, zu überprüfen, ob alle vorgeschlagenen Gesprächsschritte eingehalten wurden. Auch die Autoren betonen immer wieder, daß jedes Anamnesegespräch anders verlaufe und diese "9 Schritte" nur ein grober und ungefährender Leitfaden sein sollen. Dennoch - und so wird die Analyse zeigen - gibt es vor allem in der Anfangsphase der Gespräche einzelne Schritte, die erfolgen müssen, um ein psychosoziales Anamnesegespräch überhaupt erst zu ermöglichen.

#### *1. Schritt:*

"Der Arzt begrüßt den Patienten, stellt sich vor und erklärt ihm seine Rolle als Arzt." (Morgan/Engel 1977:32)

---

<sup>27</sup> Zur leichteren Unterscheidung zwischen den Regelbeschreibungen und den Kommentaren, die sich auf die Analyse der Student-Patienten-Gespräche beziehen, werden die Kommentare kursiv gesetzt.

2. Schritt:

"Er erkundigt sich, wie sich der Patient jetzt fühlt. Bevor er weiterfährt, bemüht er sich, es dem Patienten so bequem wie möglich zu machen." (Morgan/Engel 1977:32)

In diesen beiden Schritten soll es den ÄrztInnen darum gehen, zu zeigen, daß sie eine zwischenmenschliche Beziehung herstellen möchten und daß sie sich um das Wohlergehen des Patienten/der Patientin kümmern, ihn/sie wahrnehmen.

*Die Erfüllung dieser ersten Schritte ist in den Gesprächen in den Anamnesegruppen besonders wichtig, da die PatientInnen von den Stationen in die Gruppenräume kommen, mit einer Gruppe von ZuhörerInnen konfrontiert sind und mit einem für sie ungewohnten Gesprächstyp. Sich um das Wohlergehen des Patienten/der Patientin zu kümmern, bedeutet in diesem Falle auch, ihm/ihr eine ausreichende Orientierung über die ungewohnte Situation zur Verfügung zu stellen (vgl. (4.1.), (7.2.), (9.2.)).*

3. Schritt:

Der Arzt versucht, die wichtigsten Beschwerden des Patienten zu erfahren. Er fragt z.B. 'Erzählen Sie mir bitte, was Sie ins Spital führte'. Mit einer offenen Frage erlaubt der Arzt dem Patienten, sich in seinen eigenen Worten mitzuteilen und gewinnt einen allgemeinen Überblick über die verschiedenen Probleme des Patienten." (Morgan/Engel 1977:36)

Schüffel (1983) bemerkt dazu: "Die Art dieser ersten Fragen nach dem jetzigen Zustand ist von entscheidender Bedeutung. Nur wenn sie weit gestellt ist, wird der Patient jetzt und im späteren Verlauf des Gesprächs den Eindruck gewinnen, über sich sprechen zu dürfen" (Schüffel 1983:125).

*Bei der Behandlung der "offen einleitenden Frage" wird die Leistungsfähigkeit der linguistischen Mikroanalyse gerade für den Bereich der Gesprächsausbildung ganz besonders deutlich werden. Erstens lassen sich sehr unterschiedliche sprachliche Realisierungsvarianten von offenen Fragen beschreiben, die sich je unterschiedlich auf das nachfolgende Gesprächsverhalten der PatientInnen auswirken, und zweitens wird das Material zeigen, daß es bei den StudentInnen sehr unterschiedliche individuelle Vorstellungen darüber gibt, was eine "offene" bzw. "weit gestellte" Frage ist (vgl. (9.2.), (9.3.1.)). Generell werde ich an den entsprechenden Stellen die Vor- und Nachteile von Regelbeschreibungen, die als stellbare Fragen vorformuliert sind, diskutieren (vgl. auch (10.1.2.)).*

Morgan/Engel vergleichen das Erheben dieser ersten Angaben mit dem Abstecken der wichtigsten Punkte auf einer Landkarte, in die die genauen Einzelheiten erst später eingefügt werden. Ihrer Erfahrung nach dauert dieser Teil der Anamnese fünf bis zehn Minuten und läßt folgendes erkennen (Morgan/Engel 1977:35f):

1. Alle Beschwerden, die dem Patienten/der Patientin wichtig erscheinen.

2. Die Fähigkeit des Patienten/der Patientin, spontan zu erzählen.
3. Die Persönlichkeit des Patienten/der Patientin und die Art seiner/ihrer Beziehung zum Arzt/zur Ärztin.

"Gleichzeitig erfährt der Patient aufgrund dieses Gesprächs, daß er sich frei über seine Probleme äußern darf. Beginnt der Student zu früh nach Einzelheiten zu fragen, kann er den Verlauf der weiteren Anamnese empfindlich stören." (Morgan/Engel 1977:36)

*Die Analyse wird zeigen, daß es sich bei diesen Beschreibungen um stark idealisierte Wirkungszusammenhänge handelt, die sich in der Praxis als wesentlich komplexer und störungsanfälliger erweisen. So ist erstens das "zu frühe Fragen nach Einzelheiten" zwar ein wichtiger und nachweisbarer Störfaktor für den Gesprächsverlauf, gleichzeitig gibt es aber noch einige andere ebenso wichtige sprachliche Verhaltensweisen, mit denen die StudentInnen die PatientInnen darüber 'informieren', wie und worüber sie sich äußern dürfen (vgl. (9.3.1.)). Zweitens kommt gerade hier die Wechselwirkung mit Vorerfahrungen aus herkömmlichen ärztlichen Gesprächen besonders zum Tragen, auf die in so expliziter Weise in den Gesprächsführungskonzepten nicht hingewiesen wird. Gerade ein "zu frühes und detailliertes Nachfragen" ist charakteristisch für den Prozeß der Fragmentierung, und die Gefahr, bei PatientInnen damit sozusagen augenblicklich die ihnen geläufige passive Haltung zu aktivieren, ist besonders groß (vgl. (4.2.1.1.), (9.3.1.3.)).*

#### 4. Schritt:

"Der Arzt geht im einzelnen den Symptomen des jetzigen Leidens nach und berücksichtigt dabei besonders, in welcher Reihenfolge die einzelnen Symptome aufgetreten sind, und achtet auf ihre Merkmale und Wechselbeziehungen. Zugleich verfolgt er genau die spontanen Äußerungen des Patienten über die begleitenden Lebensumstände, über frühere Krankheiten, den Gesundheitszustand seiner Familie und über seine zwischenmenschlichen Beziehungen." (Morgan/Engel 1977:40)

Das dazu notwendige sprachliche Verhalten, das die spontanen Assoziationen der PatientInnen fördern soll, beschreiben Morgan/Engel (1977:41ff) folgendermaßen:

- Der Arzt/die Ärztin soll jedes neue Thema mit offenen (nicht gerichteten) Fragen beginnen, denen er/sie zunehmend spezifischere (gerichtete) Fragen anschließt, bis das Thema geklärt ist.
- Der Arzt/die Ärztin soll versuchen, jede Frage an dem anzuknüpfen, was der Patient/die Patientin erwähnt hat.
- Der Arzt/die Ärztin übernimmt die Ausdrücke des Patienten/der Patientin, bis er/sie versteht, was gemeint ist. Andernfalls kann es zu Mißverständnissen kommen.

- Stellt der Arzt/die Ärztin beim Erheben der Anamnese frühzeitig eine Reihe direkter Fragen, kann er/sie den Patienten/die Patientin dadurch veranlassen, nur noch schweigend auf die nächste Frage zu warten.

*Diese Beschreibungen erfassen sehr präzise eine Reihe sprachlicher Mittel, die für die Umsetzung einer psychosozialen Haltung förderlich oder hinderlich sind. In der linguistischen Analyse werden diese kommunikativen Verfahren noch weiter differenziert werden (vgl. (9.4.)).*

In diesem Zusammenhang möchte ich anhand einer Regelformulierung in Heim/Willi (1986), die sich in ihrer Darstellung direkt auf das Konzept von Morgan/Engel (1977) beziehen, exemplarisch die Notwendigkeit auch eines reflektierten Umgangs mit Sprache bei solchen Regelbeschreibungen, v.a. in Lehrbüchern, darstellen:

"Die geschickte Befragung der Beschwerden und Symptome bringt diese automatisch mit der aktuellen Lebenssituation des Patienten in Zusammenhang." (Heim/Willi 1986:496)

So einleuchtend diese Formulierung auf den ersten Blick auch scheint, bietet sie bei näherer Betrachtung keinerlei Hilfestellung für eine konkrete Umsetzung: erstens bleibt es unklar, welche konkreten sprachlichen Verhaltensweisen eine "geschickte Befragung" ausmachen, und zweitens wird durch den Begriff "automatisch" ein sehr einfacher Wirkungszusammenhang suggeriert, den es bei den komplexen Anforderungen der psychosozialen Medizin an das sprachliche Verhalten von ÄrztInnen bzw. StudentInnen und PatientInnen nicht gibt.

Die folgenden Schritte 5 bis 7 sind als thematische Ausweitungen zu verstehen, die kein zusätzliches spezifisches sprachliches Verhalten erfordern.

*5. Schritt:*

"Der Arzt versucht, frühere Leiden des Patienten genau zu verstehen, und knüpft dabei an bereits Erwähntes an." (Morgan/Engel 1977:52)

Als Einleitung schlagen Morgan/Engel (1977:52) die Frage vor "Wie war Ihre Gesundheit früher?" und betonen, daß sich der Arzt/die Ärztin dabei für 'gesunde' und 'kranke' Zeiten des Patienten/der Patientin interessieren soll.

*6. Schritt:*

"Der Arzt erkundigt sich genau nach den einzelnen Familienmitgliedern, zuerst nach den schon erwähnten. Er fragt nach ihrer Gesundheit sowie nach ihrer Beziehung zum Patienten." (Morgan/Engel 1977:54)

Hier sind vor allem Änderungen in den zwischenmenschlichen Beziehung des Patienten/der Patientin, wie Trennungen oder Krankheiten, und deren Bedeutung

wichtig. Morgan/Engel (1977:54) schlagen konkrete Fragen vor wie "Was bedeutete das für Sie?" oder bei einem offensichtlich einschneidenden Ereignis "Das muß eine schwierige Erfahrung für Sie gewesen sein", um die individuelle Bedeutung dieser Ereignisse zu erfahren. Leitender Grundsatz ist: "um den Patienten zu verstehen, ist die Art seiner Reaktion auf ein solches Ereignis wichtiger als das Ereignis selbst. Deshalb darf sich der Arzt nie nur das Ereignis merken, ohne seine Wirkung auf den Patienten zu kennen" (Morgan/Engel 1977:54).

*7. Schritt:*

"Der Arzt erforscht die jetzigen Lebensumstände und die frühere Entwicklung des Patienten. Dabei bezieht er sich wiederum auf Angaben, die der Patient bereits geäußert hat." (Morgan/Engel 1977:56)

In diesem Schritt geht es darum, zu erfahren, wie sich die Persönlichkeit des Patienten/der Patientin entwickelt hat. Zudem sollen bisher unklar gebliebene Abschnitte der psychosozialen Anamnese ausgefüllt werden, so daß mit diesem Schritt ein ziemlich gutes Bild der Gesamtsituation des Patienten/der Patientin vorliegen sollte.

*8. Schritt:*

"Der Arzt fragt systematisch nach Beschwerden in jeder Körperregion." (Morgan/Engel 1977:60)

Da es sich bei den Gesprächen in den Anamnesegruppen nicht um "echte", auf den Stationen durchgeführte Anamnesegespräche handelt, ist dieser Schritt nicht relevant und kommt in den untersuchten Gesprächen auch nicht vor.

*9. Schritt:*

"Der Arzt erkundigt sich, ob der Patient noch etwas beifügen oder fragen möchte, vergewissert sich bei einzelnen wichtigen Angaben, daß er sie genau begriffen hat und setzt den Patienten über die folgende Untersuchung ins Bild." (Morgan/Engel 1977:57)

Zusätzlich soll an dieser Stelle, sofern die entsprechenden Informationen noch fehlen, versucht werden, das subjektive Krankheitskonzept des Patienten/der Patientin zu erfahren, also "die Ansichten des Patienten über Entstehen, Art, gegenwärtige und zukünftige Auswirkungen der Krankheit" (Schüffel 1983:130).

*Diese hier eher nebenbei formulierte Regel verdient wesentlich stärkere Beachtung: in den untersuchten Student-Patienten-Gesprächen wird diese Frage häufig schon in sehr frühen Gesprächsphasen gestellt, und zwar als explizite Frage nach möglichen Krankheitszusammenhängen. Der Informationswert der so erfolgenden Antworten ist natürlich begrenzt, dient aber häufig dazu, eine weitere gemeinsame Erarbeitung mit den PatientInnen zu ersetzen (vgl. (9.3.2.2.1.)).*

Als Aufforderung an den Patienten/die Patientin, noch etwas beizufügen, schlagen (Morgan/Engel 1977:58) vor, *einfach* (Hrvh.J.L.) die Frage "Gibt es noch irgend etwas anderes, worüber sie sprechen möchten?" zu stellen.

*Auf die generelle Schwierigkeit, diese Gespräche in der künstlichen Lehrsituation "natürlich" zu beenden, gehe ich in (7.2.1.) ausführlich ein. Hier möchte ich lediglich darauf hinweisen, daß die Analysen zeigen werden, daß diese abschließende Erzählaufforderung in der spezifischen Gesprächssituation der Anamnesegruppe prinzipiell problematisch ist und abweichende Formulierungen ernsthaft kommunikative Konflikte erzeugen (vgl. (9.5.)).*

Abschließend betont Schüffel (1983), daß es nicht um eine vollständige Erhebung aller verfügbaren Daten gehe, sondern "ein Überblick über die jetzige Krankheitssituation und ein Verständnis für die Situation des Patienten" (Schüffel 1983:131) angestrebt werde.

*Dies ist ein sehr wichtiger Hinweis auf die Zielsetzungen eines psychosozialen Anamnesegesprächs, der auch dessen Möglichkeiten und Grenzen benennt. Auf die Wichtigkeit, diese Zielsetzung während der Gespräche stets im Auge zu behalten, werde ich noch mehrfach eingehen (vgl. (7.3.), (9.4.2.) und v.a. (10.1.1.)).*

### **5.3. Zur Umsetzbarkeit der Gesprächsziele**

#### *5.3.1. Das Gesprächsziel des psychosozialen Anamnesegesprächs*

In den bisherigen Ausführungen hat sich schon angekündigt, daß es bei der psychosozialen Gesprächsführung um verschiedene Gesprächstypen geht, die einander zwar ähnlich, aber von den Zielsetzungen her nicht ganz deckungsgleich sind. Da unterschiedliche Zielsetzungen von Gesprächen je unterschiedliche Anforderungen an die Gesprächsinhalte und an das Sprachverhalten der Beteiligten stellen, also definieren, was in den jeweiligen Gesprächen notwendig ist, was möglich ist, aber auch, was nicht möglich sein kann, ist es notwendig, diese Unterschiede explizit zu machen. Nur so ist auch eine angemessene Beurteilung der in den jeweiligen Gesprächen stattfindenden Prozesse und Verläufe gewährleistet.

Unter einem "*psychosozialen ärztlichen Gespräch*" als Diskurstyp werden in der besprochenen Literatur stets mehrere, die Behandlung eines Patienten/einer Patientin begleitende Gespräche verstanden, deren Durchführung eine therapeutische Zusatzausbildung bei den ÄrztInnen erforderlich macht. Die Zielsetzungen dieser Gespräche, die sich aus dem Konzept der psychosozialen Medizin ableiten lassen, sind wesentlich komplexer, umfangreicher und idealtypischer als die Zielsetzungen, die für ein psychosoziales Anamnesegespräch gelten.

Der Diskurstyp "*psychosoziales Anamnesegespräch*" ist als Erstgespräch definiert, also als der initiale Schritt des Aufenthalts und der Behandlung der Patien-

tInnen. Das Gesprächsziel des psychosozialen Anamnesegesprächs ist es, eine tragfähige Beziehung zum Patienten/zur Patientin aufzubauen und über ein offen fragendes, assoziativ dem Patienten/der Patientin folgendes Gesprächsverhalten einen Überblick über die jetzige Krankheitssituation und ein Verständnis für seine/ihre Situation zu erhalten. Dieses Gespräch bildet die Grundlage für die weiteren, den Krankenhausaufenthalt begleitenden Arzt-Patienten-Kontakte, in denen auch die im Anamnesegespräch erhobenen Informationen erweitert und vertieft werden können. Mit diesen Bedingungen unterscheidet sich dieser Diskurstyp übrigens von den untersuchten Student-Patienten-Gesprächen, die künstlich herausgelöste und einmalige Gespräche sind. Auf die speziellen Bedingungen des Diskurstyps "*psychosoziales Anamnesegespräch in der Anamnesegruppe*" werde ich in (Kap. 7.) noch genauer eingehen.

### 5.3.2. Zur Umsetzbarkeit der Regelformulierungen

Die Regeln für die Gestaltung und den Ablauf eines psychosozialen Anamnesegesprächs sind, wie schon ausgeführt, in einem 9-stufigen Konzept (Morgan/Engel 1977) zusammengefaßt. Was die Umsetzung dieser Schritte in ein aktuelles Gesprächsverhalten betrifft, so betonen die Autoren, daß diese Schritte als idealisiertes Schema zu denken sind, das vorwiegend als ein innerer Leitfaden dienen soll, da jedes Gespräch anders und nach seinen individuellen Regeln verlaufe. Weiter könne der tatsächliche Erwerb nicht über Lehrbücher gehen, sondern sei vor allem an langjährige Übung und Praxis gebunden.

Zugleich enthalten aber die 9 Schritte der Anamneseerhebung, wie aus der obigen Darstellung ersichtlich, eine Vielzahl an Präskriptionen, Regelbeschreibungen und Verhaltensaufforderungen. Diese sind von sehr unterschiedlicher Komplexität und Konkretheit und setzen bei den ÄrztInnen oder MedizinstudentInnen ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Reflexionsfähigkeit sowie zumindest therapeutisches Basiswissen voraus. Zugleich gehen sie auch von einer prinzipiellen Bereitschaft der PatientInnen aus, von und über sich zu erzählen. Die mangelnde empirische Überprüfung der tatsächlichen Umsetzungsmöglichkeiten und der angenommenen Wirkungszusammenhänge solcher Präskriptionen machen eine diskursanalytische Beschäftigung mit der Frage, was in diesen Gesprächen tatsächlich passiert, umso wichtiger.

Demzufolge geht es in der Analyse der Gespräche, wie schon erwähnt, auch nicht darum, zu überprüfen, ob diese Anamnesetechnik Schritt für Schritt umgesetzt bzw. eingehalten wird. Wie sich zeigen wird, ist die Grundvoraussetzung eines derart angestrebten Gesprächs ohnehin zuallererst die Umsetzung einer offenen, patientenzentrierten, an den Konzepten der psychosozialen Medizin orientierten Grundhaltung, und diese zeigt sich in einem ganz bestimmten kommunikativen Verhalten, das primär dem gesamten Gesprächsverlauf zugrundeliegt und erst se-

kundär der Umsetzung der einzelnen Schritte Bedeutung beimißt (vgl. auch Adler 1990, sowie (10.1.2.)).

### *5.3.3. Fragestellungen der Analyse*

Die Fragestellungen, mit denen sich die Analyse beschäftigen wird, betreffen das Spannungsfeld zwischen den Regelformulierungen und der Zielsetzung von psychosozialen Anamnesegesprächen, mit dem Ergebnis einer linguistisch-empirisch untersuchten Umsetzbarkeit. Die wichtigsten seien nochmals zusammengefaßt:

- Welche der Regelformulierungen für psychosoziale Anamnesegespräche können - sozusagen empirisch nachgewiesen - auch tatsächlich in aktuelles Gesprächsverhalten umgesetzt werden?
- Wie wirkt sich deren Einsatz tatsächlich auf das Gesprächsverhalten der PatientInnen aus; dies betrifft auch die unterschiedlichen sprachlichen Realisierungsvarianten einzelner Regelformulierungen.
- Wie bewältigen die StudentInnen die den Formulierungen bzw. Beschreibungen inhärenten hohen Anforderungen an kommunikative und therapeutische Kompetenz?
- Inwieweit fördert das Vorhandensein vorformulierter Fragen eine vordergründig psychosoziale Haltung im Gespräch?
- Welche zusätzlichen sprachlichen Mittel, die in den Regelbeschreibungen nicht berücksichtigt sind, erweisen sich für die Umsetzung des Gesprächsziels als notwendig?
- Inwieweit ist das Konzept von Morgan/Engel (1977) auf die spezifische Gesprächssituation in der Anamnesegruppe prinzipiell übertragbar?

## 6. Psychosoziale Medizin und therapeutische Kommunikation

Entsprechend den bisherigen Ausführungen geht es im ärztlichen Gespräch der psychosozialen Medizin darum, die von den PatientInnen geschilderten Beschwerden und Symptome sowie die hinter den Symptomen stehenden individuell erlebnismäßig relevanten Bedeutungen im Kontext einer Übertragungs-Gegenübertragungssituation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zum Thema zu machen und zu bearbeiten. Diese Definition bedingt, daß der Diskurstyp "psychosoziales ärztliches Gespräch" als eine spezifische Form therapeutischer Kommunikation zu betrachten ist. Im folgenden möchte ich deshalb auf einige Spezifika therapeutischer Kommunikation eingehen und anschließend diskutieren, welche Konsequenzen sich aus dieser diskurstypischen Zuordnung für die Realisierung der Student-Patienten-Gespräche selbst sowie für die linguistische Analyse ergeben.

### 6.1. Das psychosoziale ärztliche Gespräch als therapeutische Kommunikation

#### 6.1.1. Zur therapeutischen Kommunikation

Psychotherapeutische Behandlung läßt sich nach Strotzka (1984) als Interaktion zwischen KlientInnen und TherapeutInnen beschreiben, der das Ziel zugrundeliegt, unbewußte, den Handlungsweisen der KlientInnen zugrundeliegende Wünsche, Fantasien und Deutungsmuster aufzudecken und aufzuarbeiten, die zu Störungen in deren Erlebnisfähigkeit führen und sich als Ausdruck ungelöster Konflikte in psychischen und/oder physischen Beschwerden und Symptomen manifestieren. Im Therapieverlauf ist es Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin, die KlientInnen auf dem Weg des Zugangs zu sich selbst zu begleiten und sie zu lehren, sich selbst zu reflektieren. Dabei stellt sich der Therapeut/die Therapeutin als emotionale Bezugsperson (Übertragungsfigur) zur Verfügung. Die Bewußtwerdung des eigenen Bildungsprozesses macht das Individuum in neuer Art handlungsfähig: die Erfordernisse der Innenwelt können mit der äußeren Realität in angemessenerer und adäquaterer Weise in Deckung gebracht und in reifes, selbstverantwortliches Handeln umgesetzt werden (Strotzka 1984).

Im Gespräch mit den KlientInnen hat der Therapeut/die Therapeutin eine Art "Ordnungsfunktion" (Streeck 1989:204); diese bezieht sich auf das Strukturieren des Gespräches, auf die Verdichtung und Auswahl des angebotenen Konfliktmaterials, auf Hinweise zu Wiederholungsmustern und auf das Herstellen von Problemzusammenhängen. Kern des therapeutischen Gesprächs ist die Herausarbeitung von zugrundeliegenden, subjektiv relevanten Bedeutungsinhalten und Bedeutungs-

zusammenhängen von Erleben, die Thematisierung von Unbewußtem (vgl. dazu Klann 1978, Sandig 1990). Dies erfolgt über den Einsatz bestimmter Techniken professionellen sprachlichen Handelns wie Reformulierungen, Klärungen, Fokussierungen oder Deutungen, um nur einige zu nennen.<sup>28</sup>

Die professionelle Durchführung psychosozialer Arzt-Patienten-Gespräche erfordert von den ausübenden ÄrztInnen also die theoretische und praktische Kenntnis therapeutischer Techniken und eine professionelle Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Dies setzt im Prinzip eine therapeutische Zusatzausbildung voraus. Damit erhält das ärztliche Gesprächsverhalten die Qualität therapeutischen Gesprächsverhaltens, ärztliche Fragen, Erzählaufforderungen und Gesprächsprozessierungen erhalten den Stellenwert therapeutischer Interventionen.

### 6.1.2. Die Regelformulierungen des psychosozialen Gesprächs als therapeutische Handlungen

Obwohl psychosoziale ärztliche Gespräche im allgemeinen und psychosoziale Anamnesegespräche von ihren Bedingungen und Zielsetzungen her zu unterscheiden sind (vgl. die Ausführungen in (5.3.1.)), muß der Diskurstyp "psychosoziales Anamnesegespräch" von seinem konzeptuellen Anspruch her, einen ersten Zugang zum individuellen Relevanzsystem des Patienten/der Patientin zu bekommen, ebenfalls dem Bereich therapeutischer Kommunikation zugeordnet werden. Die Regelformulierungen des Konzepts der Anamneseerhebung von Morgan/Engel (1977) erhalten damit einerseits selbst die Qualität therapeutischer sprachlicher Handlungen, andererseits ziehen sie, so sie realisiert werden, weitere therapiespezifische sprachliche Aktivitäten nach sich.

So initiiert z.B. die einleitende Erzählaufforderung nicht nur eine Patientendarstellung, sondern bedingt, daß diese Darstellung oder Teile davon anschließend durch entsprechende interaktive Handlungen weitergeführt und bearbeitet werden müssen. Dies kommt auch in den entsprechenden weiteren Regelformulierungen zum Ausdruck: "Der Arzt versucht, frühere Leiden des Patienten genau zu verstehen, und knüpft dabei an bereits Erwähntes an (Hrv.JL)." (Morgan / Engel

---

<sup>28</sup> Ein Überblick über den jeweils aktuellen Stand der linguistischen Forschung zur therapeutischen Kommunikation findet sich in Streeck (1989) sowie in den Sammelbänden Flader/Wodak-Leodolter (1979), Flader/Grodzicki/Schröter (1982), Stitz/Speck/Gessinger (1987), Dittmar (1988), Ehlich et al. (1990).

Zu den therapeutischen Sprachhandlungen gibt es mittlerweile eine Vielzahl linguistischer Einzelstudien, wie z.B. Flader/Grodzicki (1982), Schmidt-Knaebel (1988) und Ehlich (1990) zur Deutung, Streeck (1989) zu Fokussierungen, Meyer-Hermann/Weingarten (1982) und Weingarten (1990) zu Abschwächungen und Reformulierungen, sowie Becker (1984) zu Problematierungen und Konfrontationen. Einen Überblick über Bedingungen und Wirkungsweise kommunikativer therapeutischer Handlungen im Vergleich unterschiedlicher Therapieformen gibt Nowak (1984).

1977:52) oder: "Der Arzt erforscht die jetzigen Lebensumstände und die frühere Entwicklung des Patienten. *Dabei bezieht er sich wiederum* (Hrv.JL.) auf Angaben, die der Patient bereits geäußert hat." (Morgan/Engel 1977:56)

Solche interaktiven Prozessierungshandlungen sind z.B. therapeutische Techniken der Reformulierung oder Spezifizierung (Weingarten 1990:233), mit deren Hilfe Teile aus den Patienten-Schilderungen wiederaufgenommen und verdeutlicht werden. Damit werden weitere therapeutische Handlungen, wie z.B. Fokussierungen vorbereitet. Bei Fokussierungen handelt es sich um verbalisierte Beobachtungen, Vermutungen oder Einschätzungen des Therapeuten/der Therapeutin, die dazu dienen, die Äußerungen des Klienten/der Klientin probeweise zu einem therapeutischen Fokus in Beziehung zu setzen, sie mit anderen Lesarten und Bedeutungen zu versehen, um die latenten Sinnstrukturen zu ermitteln. Sie sind selbst wieder als deutungsvorbereitende sprachliche Aktivitäten zu bewerten (Streck 1989:140f).<sup>29</sup>

Psychosoziale Regelformulierungen, wie z.B. das Eingehen auf Patientenäußerungen und die Erfragung der individuellen Bedeutung von Lebensereignissen (Morgan/ Engel 1977:54) dienen dazu, individuelle, psychosozial relevante Bedeutungen der PatientInnen in das Gespräch einzubinden, auf individuelle Erlebensdarstellungen und Gefühlsbeschreibungen einzugehen und diese zum Thema zu machen. Diese Regelformulierungen entsprechen der, speziell für die Gesprächspsychotherapie charakteristischen, therapeutischen Aktivität der "Verbalisierung emotionaler Erlebensinhalte" (Sandig 1990:176), sind also selbst therapeutische Techniken. Und diese ziehen notwendigerweise ebenfalls weitere professionelle therapeutische Handlungen nach sich, mit denen die so erfolgten Äußerungen der PatientInnen dem Gesprächsziel entsprechend interaktiv bewältigt werden.

An dieser Stelle möchte ich exemplarisch auf eine typische interaktive Prozessierungsvariante aus einem der Student-Patienten-Gespräche eingehen: Die Patientin hat berichtet, daß sie seit drei Jahren an einer entzündlichen Darmerkrankung (colitis ulcerosa) leidet. Im Anschluß an ihre Schilderung kommt der gesprächsführende Student darauf zurück:

3-2/A<sup>30</sup>

Sm: also vor drei Jahren hat des anfangen	war des
070 Pw:	ja vor drei Jahren

Sm: ganz akut.	
071 Pw:	ja. da bin i auf Schikurs gfahren am Samstag

Sm:	mh.
072 Pw: und am Sonntag hats anfangen	also von an Tag am

<sup>29</sup> Ein analoger Mechanismus ist der Prozeß der Selektion und Fragmentierung des herkömmlichen medizinischen Diskurses vor dem Hintergrund des medizinischen Fachwissens (vgl. (4.2.1.)).

<sup>30</sup> Eine Auflistung der Student-Patienten-Gespräche findet sich im Anhang.

073 Pw: anderen. und i weiß net warum und wieso und der

074 Pw: Arzt kann das selber nicht sagen warum des war.

Sm: wie alt waren sie da?

075 Pw: - 18. kurz vorm achtzehnten

Sm: und dann - mit de Medikamente is dann

076 Pw: Geburtstag. - -

077 Sm: relativ gut gangen. hamsas ständig nehmen müssen? oder?

Mit seiner Frage "*also vor drei Jahren hat des anfangen*" (070) knüpft der Student "an bereits Erwähntes an". Damit initiiert er eine weitere kurze Darstellung der Patientin zu den damaligen Lebensumständen (071-074). Diese Darstellung wird nun aber nicht auf zugrundeliegende, für die Patientin erlebensmäßig relevante Bedeutungen hin vertieft: der Student erkundigt sich nach dem damaligen Alter der Patientin, erhebt also ein "objektives Datum" (075) und vollzieht einen thematischen Wechsel in den Bereich der medikamentösen Therapie (076/77).<sup>31</sup>

Der in den Student-Patienten-Gesprächen typischerweise auftretende Prozessierungsmechanismus sieht also so aus, daß er zwar eingeleitet, aber nicht weiter bearbeitet, sondern unterbrochen wird. Der Grund dafür wird aus den obigen Ausführungen deutlich. Die Einleitung entspricht der Realisierung der Regelformulierungen, an von den PatientInnen Erwähntes anzuknüpfen. Der Prozeß, der damit ausgelöst wird, kann nur über den Einsatz weiterer therapiespezifischer Aktivitäten bewältigt werden. Da den StudentInnen diese Praxis fehlt, wird der eingeleitete Prozeß systematisch unterbrochen. Auf die unterschiedlichen sprachlichen Mittel, auf die die StudentInnen dabei zurückgreifen, werde ich in (9.4.1.) ausführlich zurückkommen.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf das *Problem der Deutung* eingehen. Die Deutung stellt das, was dem/der Kranken als nicht Zusammengehöriges erscheint, in eine Beziehung; in ihr artikuliert sich die Krankheit nicht als körperliches Phänomen, sondern als Krise oder Konflikt; "in der Deutung wird die 'Bedeutung' des Krankheitsgeschehens angezielt" (Meerwein 1986:108). In der Deutung verbalisiert der Arzt/die Ärztin also die diagnostischen Erhebungen wie Wünsche, Erwartungen und Konflikte des Patienten/der Patientin, die zur Krankheitsentwicklung beigetragen haben, mit dem Ziel, dessen/deren Selbstverständnis zu vertiefen.

Von der Zielsetzung des psychosozialen Anamnesegesprächs her ist die Deutung von Zusammenhängen, die dem Patienten/der Patientin nicht bewußt sind, *kein* Bestandteil dieses Diskurstyps. Entsprechend beschreibt Meerwein (1986) die Deutung zwar als Teil des ärztlichen Handelns im Rahmen von psychosomatisch

<sup>31</sup> Eine detaillierte Analyse dieser und damit zusammenhängender Gesprächsstellen findet sich in (9.3.2.1.).

orientierten ärztlichen Gesprächen, allerdings auch nicht im Erstgespräch. Dennoch kommt es in den Student-Patienten-Gesprächen immer wieder zu Deutungsversuchen oder deutungsartigen sprachlichen Handlungen von Seiten der StudentInnen. Eine Erklärung dafür ist, daß durch die inhaltlichen Zielsetzungen dieser Gespräche und den Einsatz der psychosozialen Regelformulierungen quasi-therapeutische Gesprächssituationen entstehen, die den Einsatz weiterer und/oder anderer quasi-therapeutischer sprachlicher Handlungen fördern. Eine weitere Erklärung ist, daß Deutungsversuche besonders gut geeignet sind, die Aufdeckung oder Auseinandersetzung von zugrundeliegenden Zusammenhängen zu "suggerieren". Damit kann dem Einsatz dieser Aktivitäten auch die Funktion zugrundeliegen, die Konkurrenzsituation in der Anamnesegruppe zu bewältigen und ein "besonders gutes therapeutisches" Gespräch zu führen<sup>32</sup> (vgl. dazu ausführlich (7.3.), (9.4.2.)).

### 6.1.3. Die Kollision zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Aufgrund dieser Überlegungen wird deutlich, daß die StudentInnen in den Gesprächen in der Anamnesegruppe mit folgender Paradoxie konfrontiert sind: um ein psychosoziales Anamnesegespräch zu führen, müssen sie sich sprachlicher Handlungen bedienen, die als therapeutische Gesprächstechniken zu bezeichnen sind, ohne (noch) über eine entsprechende psychotherapeutische Zusatzausbildung und Gesprächspraxis zu verfügen. Zugleich zeigt sich, daß die Regelformulierungen für psychosoziale Anamnesegespräche nicht nur selbst die Qualität therapeutischer sprachlicher Handlungen haben, sondern notwendigerweise weitere therapiespezifische Aktivitäten nach sich ziehen. Auf diese Problematik wird im Konzept von Morgan/Engel (1977) nicht eingegangen.

Auf den ersten Blick scheint dieser Befund zu einem unbewältigbaren Ausbildungsproblem zu führen: das Ziel der Lehrveranstaltung ist es, die MedizinstudentInnen über die Durchführung psychosozial orientierter Gespräche mit PatientInnen mit angemessenen Techniken der Gesprächsführung vertraut zu machen; ohne eine entsprechende Praxis in den Techniken der Gesprächsführung lassen sich psychosozial orientierte Gespräche mit PatientInnen aber nicht durchführen.

Eine mögliche Lösung dieses Dilemmas kann durch folgende konzeptionelle Umgestaltung erreicht werden: die mehrsemestrige Lehrveranstaltung wird in aufeinander aufbauende Phasen gegliedert, wobei in der Anfangsphase das Üben in Form von Rollenspielen erfolgt und noch keine Gespräche mit "echten" PatientIn-

---

<sup>32</sup> In Anlehnung an die Therapeutenvariablen Wärme, Empathie und Echtheit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von C. Rogers bezeichnet Schulz von Thun (1982:256) dieses Phänomen der Fassadenhaftigkeit von GesprächsausbildungsteilnehmerInnen als "rogern", so tun als ob. (Für diesen Hinweis danke ich Thomas Bliesener).

nen stattfinden.<sup>33</sup> Dies hätte den Vorteil, daß die StudentInnen Grundkenntnisse und erste praktische Erfahrungen mit der Führung von Gesprächen erwerben können, ohne daß dabei PatientInnen massiv überfordert werden. Ohne verunsicherte und überforderte PatientInnen verringern sich aber auch die eskalierenden negativen Wechselwirkungen. Auf die Situation der PatientInnen in der Anamnesegruppe werde ich in (7.2.) noch ausführlich zu sprechen kommen.

## **6.2. Die interaktive Bearbeitung von Bedeutung**

Wie die erste exemplarische Analyse der Prozessierungsmechanismen in den Student-Patienten-Gesprächen gezeigt hat (vgl. (6.1.2.)), führt die Kollision des theoretisch-therapeutischen Anspruchs mit der fehlenden entsprechenden Praxis speziell an den Gesprächsstellen zu Kommunikationsproblemen, in denen es um die interaktive Weiterführung und die Vertiefung und Bearbeitung von zugrundeliegenden Bedeutungen von Patienten-Äußerungen geht, also z.B. im Anschluß an die erste Beschwerdendarstellung der PatientInnen oder im Anschluß an erlebensmäßig bedeutsame Schilderungen und Hinweise.

Diese Gesprächsstellen sind zugleich zentrale Bereiche der Student-Patienten-Gespräche, da es ja geradezu ein Charakteristikum psychosozialer Gesprächsführung ist, individuelle, psychosozial relevante Bedeutungen der PatientInnen in das Gespräch einzubinden und auf individuelle Erlebensdarstellungen und Gefühlsbeschreibungen einzugehen und diese zum Thema zu machen.

Aus diesem Grund möchte ich im folgenden näher auf zwei linguistische Konzepte eingehen, die sich mit den unterschiedlichen Bedeutungskomponenten sprachlicher Äußerungen (Wodak 1981) und der interaktiven Bewältigung von Erleben und Emotion (Fiehler 1990) befassen. Die Verbindung dieser beiden Konzepte wird den Hintergrund für die Analyse der genannten Gesprächsstellen bilden (vgl. (6.2.3.)).

### *6.2.1. Die Mehrschichtigkeit sprachlicher Äußerungen*

#### **6.2.1.1. Das "Drei-Ebenen-Modell"**

In ihrer Studie zur Kommunikation in therapeutischen Gruppen entwickelte Wodak (1981) ein "Drei-Ebenen-Modell" zur Erfassung der unterschiedlichen Bedeutungskomponenten sprachlicher Äußerungen in der therapeutischen Situation. Therapeutischer Diskurs in der Gruppe setzt sich aus drei Momenten, "aus der real

---

<sup>33</sup> Aus ethischen Überlegungen erfolgt z.B. die Kommunikationsschulung von BeraterInnen in der Telefonseelsorge und der Aidshilfe ausschließlich in Form von Rollenspielen (vgl. Bliesener 1990, 1992, Behrend/Gülich/Kastner 1992, Bliesener/Brons-Albert 1994).

ablaufenden Kommunikation (...), aus der Familienübertragung und aus den Erwartungen und der Lebensgeschichte des einzelnen" (Wodak 1981:59) zusammen. Diese Diskursebenen bestimmen die drei Bedeutungskomponenten sprachlicher Äußerungen: die *umgangssprachliche* oder manifeste Bedeutung, die *Gruppenbedeutung*, die sich auf die latente Übertragungsebene bezieht, und die *privatsprachliche* Bedeutung als Ausdruck der individuellen Lebensgeschichte und psychosozialer Bedingungen (Wodak 1981:59f). Somit ist jede sprachliche Äußerung auf ihre drei unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen hin beschreibbar und analysierbar.

Nehmen wir an, eine Patientin erzählt von einem Partnerkonflikt: Die Darstellungsform Erzählung und deren Inhalt, also die umgangssprachliche Bedeutung, ist auf der *manifesten Ebene* der real ablaufenden Kommunikation *explizit* festzumachen. Die Erzählung selbst hat auf einer *latenten Ebene* einen bestimmten Stellenwert und eine bestimmte Funktion im Gruppenprozeß und hängt von der Übertragungsneigung der Patientin und ihren dementsprechend gestalteten Beziehungen zu den anderen GruppenteilnehmerInnen und dem Therapeuten/der Therapeutin ab. Diese Funktion ist über die Analyse des Gruppengeschehens, also *implizit* festzumachen. Ebenfalls *latent* sind die individuellen Bedeutungen, die die, für die Erzählung verwendeten Äußerungen für die Patientin haben. Diese vorwiegend unbewußten, spezifischen Bedeutungsverbindungen oder Konnotationen resultieren aus ihrer persönlichen Lebensgeschichte und sind nur vor dem Hintergrund dieser *erschließbar*. Dazu muß dieser Hintergrund über weitere Darstellungen, Erzählungen, Vertiefungen etc. zugänglich gemacht werden.

Diese Mehrdimensionalität von Bedeutung sprachlicher Äußerungen bezieht sich natürlich nicht nur auf therapeutische Kommunikationssituationen, dort sind sie durch das "Therapeutische" der Situation lediglich besonders gut festzumachen. Die konzeptuellen Grundannahmen der Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen und der Multifunktionalität von Kommunikationssituationen und der je spezifischen Zusammenhänge lassen sich, mit entsprechenden Differenzierungen und Adaptationen, im Grunde auf alle Kommunikationssituationen übertragen. Das ist in verschiedenen Einzelstudien auch schon durchgeführt worden (vgl. z.B. Hein/Lalouschek/Wodak 1984, Nowak 1984, Lalouschek 1985).

#### 6.2.1.2. Zur Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen im ärztlichen Gespräch

Das Konzept der Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen ist mit dem Konzept zur psychosozialen Gesprächsführung insofern eng verbunden, als es in diesen Gesprächen ja gerade darum geht, über die Erzählungen und Äußerungen der PatientInnen zu ihren Beschwerden und damit zusammenhängenden relevanten Lebensereignissen, also über die *umgangssprachlichen Bedeutungen*, Zugang zu deren individueller Wirklichkeit zu bekommen, also zu den zugrundeliegenden, *individuellen Bedeutungen* im somatischen, psychischen und sozialen Kontext.

Für den Diskurstyp psychosoziales ärztliches Gespräch möchte ich auf der umgangssprachlichen, manifesten Ebene der Patienten-Äußerungen folgende *Spezifizierung* einführen: auf dieser Ebene können zwei inhaltlich unterschiedliche Bedeutungsqualitäten unterschieden werden, und zwar die somatisch-technische, "krankheitsorientierte", und die erlebensmäßig-affektive, die "patientenzentrierte". Die somatisch-technische betrifft die Beschreibung von Fakten und Daten und die weitere Abklärung von körperlichen Beschwerden, die erlebensmäßig-affektive betrifft die Darstellung von erlebensrelevanten Inhalten und Erlebensqualitäten und ist gewissermaßen die allgemein-umgangssprachliche Verbindung zu den zugrundeliegenden, individuellen und privatsprachlichen Bedeutungen.

Anhand dieser Spezifizierung lassen sich die Diskurstypen "herkömmliches ärztliches Gespräch" und "psychosoziales ärztliches Gespräch" unterscheiden: Im herkömmlichen ärztlichen Gespräch beziehen sich die ÄrztInnen im Sinne eines krankheitszentrierten Zugangs zu den PatientInnen vorrangig auf die somatisch-technische Bedeutungsqualität der Äußerungen der PatientInnen (vgl. (4.2.1.)), im psychosozial orientierten Gespräch beziehen sich die ÄrztInnen primär auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsqualität, um über deren Bearbeitung und Vertiefung im Sinne einer gesamtheitlichen Betrachtungsweise auch die zugrundeliegenden, individuellen und privatsprachlichen Bedeutungsdimensionen miteinbeziehen zu können.

In den folgenden Textbeispielen möchte ich zeigen, daß in den untersuchten Student-Patienten-Gesprächen beide Varianten auftreten:

1-2/A  
Sw: hm.  
090 Pw: und da hams mir dann die Brust weggenommen. es hat aber  
091 Pw: scho a Zeit dauert bis i mi drangwöhnt hab und eingestellt  
Sw: hm  
092 Pw: hab. es is schon eine Umstellung. ma braucht schon eine  
Sw: mhm. - kann man sich  
093 Pw: Weile bis ma sich abfindet damit.  
Sw: überhaupt damit abfinden?  
094 Pw: wann i anzogen bin - ja. Wann i  
095 Pw: auszogen bin - net.

Die Patientin beendet ihre, zuerst krankheitsbezogene Darstellung der Brustoperation mit einer ausführlichen Bewertungshandlung, die einen ersten Aufschluß über die erlebensmäßige Bedeutung dieses Eingriffs für sie gibt. Die Studentin geht auf die abschließende, allgemeine Bewertung der Patientin ("*bis ma sich abfindet damit*" (093)) ein und stellt sie in Frage. Das gibt der Patientin die Möglichkeit, diese allgemein-unpersönliche Bewertung entsprechend ihrem Befinden zu differenzie-

ren, womit die individuell zugrundeliegende Bedeutung dieses Ereignisses, nämlich die nach wie vor vorhandene psychische Belastung der Brustoperation im Zusammenhang mit ihrem Frau-Sein zutage tritt.

Viel häufiger kommt es in den untersuchten Student-Patienten-Gesprächen jedoch zur Ausblendung der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene, wie sie für herkömmliche ärztliche Gespräche typisch ist:

2-6/B

057 Pw: die Zyste is über dem Eierstock drüber. - i bin praktisch

Sm:

aha.

058 Pw: kinderlos geblieben durch diese Zysten eigentlich.

Sm:

aha

059 Pw: - was man auch erst später draufgekommen is - hm. - ja.

060 Sm: - - - mi würd nur mal intressieren - wie/ob Sie sich

061 Sm: sich erinnern können wann/- ob des so schleichend is

Sm: gekommen

062 Pw: des is so langsam - ich hab zuerst gedacht

063 Pw: es is der Blinddarm - net.wie das dann so akut wehtan hat

Die Patientin erweitert die somatisch orientierte Darstellung ihrer Beschwerden, nämlich mehrfach operierte Eierstockzysten, durch einen Hinweis auf ihre dadurch bedingte Kinderlosigkeit. Diese Expansion wird von der Patientin zusätzlich als erlebensmäßig relevant markiert: "*auch erst später draufgekommen*" (059). Der Student bestätigt diese Äußerung ("*aha*" (059)), nimmt aber nach einer Textplanungspause die somatisch-orientierte Abklärung der Beschwerden wieder auf. Damit blendet er den erlebensmäßig-affektiven Anteil der Patienten-Äußerung aus, die individuelle Bedeutung dieser Lebenssituation für die Patientin bleibt verdeckt.<sup>34</sup>

Wie diese beiden Textausschnitte zeigen, hängt es von den Folgeäußerungen der ÄrztInnen bzw. in unserem Fall der MedizinstudentInnen ab, welche der beiden Bedeutungsqualitäten der Patienten-Äußerungen jeweils fokussiert und interaktiv weitergeführt werden und welche nicht. Aus diesem Grund liegt der Fokus der Analysen nicht auf den Äußerungen der PatientInnen an sich, sondern auf dem dialogischen Prozeß zwischen den PatientInnen und den StudentInnen.

Über diesen dialogischen Prozeß finden sogenannte *Aushandlungsprozesse* statt, die der interaktiven Produktion und Kontrolle von Sinn dienen.<sup>35</sup> Diese Aus-

<sup>34</sup> In (9.4.1.) werde ich auf die verschiedenen sprachlichen Mittel der Ausblendung detailliert eingehen.

<sup>35</sup> Zu dem in der ethnomethodologischen Konversationsanalyse zentralen Begriff des "Aushandelns" vgl. Dieckmann/Paul (1983).

handlungsprozesse sind stark automatisierte, eher vorbewußte Prozesse, die auf einer latenten Gesprächsebene sozusagen mitlaufen und mittels derer sich die InteraktantInnen z.B. verdeutlichen, welche Bedeutungsebene fokussiert werden soll und welche nicht. Solche Aushandlungen werden nur dann in Form von praktischen Erklärungen (sogenannte "accounts", vgl. Scott/Lyman (1976)) explizit zum Thema gemacht und damit dann auf der der manifesten Gesprächsebene sichtbar, wenn es zu Ablaufstörungen in Form von Regelverletzungen oder Mißverständnissen kommt. Prototypische Äußerungen sind dann z.B. "Worum gehts hier eigentlich?".

Diese Aushandlungsprozesse haben aber nicht nur Funktion für die thematisch-inhaltliche Steuerung der Interaktion, sondern auch für die *Beziehungsgestaltung* zwischen den InteraktionsteilnehmerInnen (vgl. Holly 1979, Adamzik 1984, Lalouschek 1985). Nach Lalouschek (1985) ist jeder Äußerung ein Aspekt der Bewertung des Selbst oder des Partners/der Partnerin inhärent, über den die jeweiligen Beziehungsintentionen vermittelt werden. Als die drei grundlegenden Formen der Beziehungsintentionen gelten die Annäherung, die Distanzierung und die als neutral zu bezeichnende Sicherung bzw. Bestätigung.

Die Zielsetzung eines psychosozialen ärztlichen Gesprächs ist der Aufbau eines "Arbeitsbündnisses" mit dem Patienten/der Patientin, die Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung. Als Beziehungsintentionen der ÄrztInnen können daher Bestätigung und Annäherung angenommen werden. Die sprachlichen Handlungen, die die Umsetzung dieser Beziehungsintentionen gewährleisten, sind neben dem Zuhören und der Vermeidung von Unterbrechungen und nicht-nachvollziehbaren Themenwechseln, das Eingehen auf die Äußerungen der PatientInnen, und hier vor allem auf die Qualität des jeweiligen Erlebens (vgl. (5.2.)). Damit erhalten die sprachlichen Handlungen der ÄrztInnen/StudentInnen, die die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsqualität der Patienten-Äußerungen fokussieren und interaktiv weiterführen, die Funktion der Sicherung bzw. Förderung der Beziehung zum Patienten/zur Patientin (vgl. Textbeispiel 1-2/A).

Die Ausblendung der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene einer Patienten-Äußerung (vgl. Textbeispiel 2-6/B) kann als ein Akt des Bewertens betrachtet werden, mit dem der Student/die Studentin die individuelle Erlebensqualität als nicht relevant markiert. Nicht umsonst manifestiert diese Ausblendung die Arzt-Patienten-Rollenverteilung eines herkömmlichen ärztlichen Gesprächs, dem per institutioneller Definition eine neutral-sachliche Beziehungsintention von seiten des Arztes/der Ärztin zugrundeliegt (vgl. (4.1.)). Im Zusammenhang mit den Zielsetzungen eines psychosozialen ärztlichen Gesprächs signalisiert die Ausblendung des erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsanteils Distanzierungsintentionen, denen, ähnlich wie der Durchführung von Unterbrechungen und nicht-nachvollziehbaren Themenwechsel, andere Gesprächsziele zugrundeliegen, z.B. die Bewältigung ei-

ner problematischen Interaktionssituation.<sup>36</sup> Ausgehend von Fiehler (1990) möchte ich nun das Repertoire an sprachlichen Handlungen beschreiben, mittels dessen diese impliziten Aushandlungsprozesse stattfinden, über die Bedeutung interaktiv konstituiert wird.

## 6.2.2. Die interaktive Bewältigung von Erleben und Emotion

### 6.2.2.1. Prozessierungsstrategien

Emotionen und Gefühle sind spezielle Formen des Erlebens und werden in vielfältiger Weise ausgedrückt und kommuniziert.<sup>37</sup> Auf der verbalen Ebene können Emotionen über die Darstellung von Erlebnisinhalten, durch die Beschreibung von erlebensrelevanten Ereignissen und Sachverhalten oder durch die Erzählung situativer Umstände eines Erlebens zum Ausdruck gebracht, also manifestiert werden. Sie können aber natürlich auch durch Äußerungen wie "Du machst mich ganz ärgerlich!" explizit thematisiert werden (vgl. Fiehler 1990b:61). Umgekehrt läßt sich daher sagen, daß jeder Erlebnisdarstellung auf der manifesten, allgemein-umgangssprachlichen Ebene implizit eine individuelle, emotional-affektive Bedeutungsebene zugrundeliegt bzw. zugrundeliegen muß.

Wenn Erleben und Emotion in einem Gespräch thematisiert und manifestiert werden, können sie interaktiv bearbeitet bzw. prozessiert werden. Fiehler (1990b:45f) beschreibt vier mögliche Strategien der Prozessierung:

- Durch *Eingehen* akzeptiert der Interaktionspartner die manifestierte Emotion als angemessen und geht mit Bekundungen der Anteilnahme darauf ein.
- Durch *Hinterfragen* wird die Angemessenheit der manifestierten Emotion problematisiert.
- Die *Infragestellung* akzeptiert das manifestierte Erleben als nicht angemessen.

---

<sup>36</sup> Auf dieser Ebene können auch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse von PatientInnen und StudentInnen untersucht und analysiert werden. Eine wissenschaftlich sinnvolle Bearbeitung dieser Fragestellung kann m.E. nur in weiterführenden Studien erfolgen, da sie eine interdisziplinär ausgerichtete Zusammenarbeit mit TherapeutInnen und/oder therapeutisch geschulten ÄrztInnen sowie die Miteinbeziehung weiteren Datenmaterials aus den nachfolgenden, balint-ähnlichen Gruppengesprächen und (idealerweise) aus weiteren Gesprächen mit den jeweiligen PatientInnen erfordert.

<sup>37</sup> Emotionen können z.B. durch physiologische und nonverbale Manifestationen wie Zittern, Mimik und Gestik ausgedrückt werden, durch vokale nonverbale Manifestationen wie Lachen und andere Affektlaute oder parasprachlich durch Sprechtempo oder Intonation (vgl. ausführlich Fiehler 1990a:99f). Erleben selbst kann als eine bewertende Stellungnahme zu einer Situation, zu Eigenschaften oder Handlungen der eigenen oder einer anderen Person, zu Ereignissen, Sachverhalten, Gegenständen und mentalen Produktionen beschrieben werden (Fiehler (1990b:42).

- Durch *Ignorierung* vermeidet der Interaktionspartner bewußt und offensichtlich, auf das Erleben einzugehen und es interaktiv zu behandeln. Das demonstrative Element unterscheidet die Ignorierung vom Übergehen.

#### 6.2.2.2. Die Prozessierung von Emotionen im ärztlichen Gespräch

Wenn es im alltäglichen Bereich engerer sozialer Beziehungen zur Darstellung von Beschwerden und Leiden oder deutlich negativer oder positiver Sachverhalte kommt, wird das *kommunikative Muster der Anteilnahme* in Gang gesetzt (vgl. Fiehler 1990a: 151ff). Auf die Thematisierung des Erlebens oder des Sachverhalts erfolgen Schritte wie die Bestätigung der Außergewöhnlichkeit des Erlebens, Mitleidsbekundungen, Erkundungen des Erlebens, Trost und Ratschläge, um die wichtigsten zu nennen. Beim Muster der Anteilnahme steht die Bearbeitung des erlebnismäßig-emotionalen Aspekts im Vordergrund.

Da das herkömmliche ärztliche Gespräch, auf das Fiehler (1990b) im Detail eingeht, wie schon erwähnt, krankheitszentriert ausgerichtet ist, ist Erleben für den Arzt/die Ärztin institutionell betrachtet nicht relevant. Wenn PatientInnen Erleben und Emotionen thematisieren, wird die affektive Dimension dieser Darstellungen normalerweise nicht interaktiv manifestiert, sondern vom Arzt/von der Ärztin als Teil des "somatischen Problems" behandelt oder als dysfunktional dethematisiert (vgl. den Prozeß der Fragmentierung in (4.2.1.)). Bei der Darstellung von Beschwerden im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs wird das kommunikative Muster der Behandlung eingesetzt, wobei primär das somatische Leiden interaktiv prozessiert wird. Mit anderen Worten, die Anteilnahme wird durch die Behandlung ersetzt (Fiehler 1990b:52).

Wenn es doch zur Manifestation von Emotionen kommt, wird im Normalfall die somatisch-technische Perspektive wieder etabliert. Bei den kommunikativen Mustern der Emotionsbearbeitung im herkömmlichen Arzt-Patient-Gespräch handelt es sich daher vorwiegend um die Regulation von Emotionen in Form von Glaubensbekundungen und Ratifizierungen.

Im Gegensatz dazu sollen im psychosozialen ärztlichen Gespräch gerade Darstellungen und Beschreibungen von erlebensrelevanten Inhalten im weiteren Krankheitszusammenhang ermöglicht und von den ÄrztInnen/StudentInnen interaktiv prozessiert werden. Bei diesen interaktiv weiterführenden Prozessierungsstrategien handelt es sich um Thematisierung, Eingehen und/oder Hinterfragen von Emotionsinhalten.<sup>38</sup> Vorausgreifend möchte ich erwähnen, daß in den untersuchten Student-Patienten-Gesprächen neben dem Übergehen von Erlebensinhalten vorwiegend auf das Muster der Emotionsregulation zurückgegriffen wird (vgl. (9.4.)).

---

<sup>38</sup> Fiehler (1990a) nennt diese Prozessierungsstrategien auch als typisch für das therapeutische Gespräch.

Anzumerken ist noch, daß Emotionen sozial geregelt sind, d.h. sowohl die Emotionen selbst wie auch ihre Manifestation unterliegen in weiten Bereichen sozial vorgegebenen Emotionsregeln, die bestimmen, welches Erleben und/oder welche Erlebensmanifestationen in bestimmten Situationen angemessen sind und sozial erwartet werden (Fiehler 1990b:46). Dies beschreibt nur aus einem anderen Blickwinkel, daß PatientInnen mit Krankenhaus Erfahrung um die Angemessenheit von Erlebensdarstellungen Bescheid wissen, und dies unterstützt meine Annahme, daß die Sozialisation der PatientInnen sich potentiell restriktiv auf deren Erzählbereitschaft auswirkt (vgl. dazu (4.2.3.1.), (7.3.1.), (9.3.1.)).

### 6.2.3. Die interaktive Bewältigung der unterschiedlichen Bedeutungsebenen

Die bisherigen Ausführungen machen folgende Vernetzung deutlich: die Prozessierung von Erleben und Emotion ist nur möglich aufgrund der Mehrdimensionalität sprachlicher Äußerungen, die interaktive Bearbeitung der unterschiedlichen Bedeutungsebenen geschieht über die genannten Prozessierungsstrategien.

Den Ausdruck von Emotionen über die Darstellung von Erlebensinhalten und die genannten Prozessierungsstrategien möchte ich als die sprachlichen Realisierungen zugrundeliegender Aushandlungsprozesse bezeichnen. Die Beschreibung eines erlebensrelevanten Sachverhalts eines Patienten/einer Patientin ist sozusagen ein Angebot, die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene zur Thematisierung und zur Weiterführung auf individuelle, zugrundeliegende Bedeutungsdimensionen zur Verfügung zu stellen. Die jeweils folgenden Prozessierungsstrategien der ÄrztInnen bzw. der StudentInnen verdeutlichen dem Patienten/der Patientin, wie sie mit diesem Angebot interaktiv verfahren, ob sie also auf diese Bedeutungsdimension erweiternd und vertiefend eingehen oder sie regulierend bearbeiten oder ob sie die manifestierte Emotion dethematisieren und eine somatisch-technische Ebene etablieren. Hierbei möchte ich betonen, daß sich die PatientInnen in ihren Folgeäußerungen auf die Studenten-Fragen ebenfalls dieser Prozessierungsstrategien bedienen.

Im folgenden möchte ich diese abstrakte Beschreibung anhand eines solchen Aushandlungsprozesses aus einem Student-Patienten-Gespräch deutlich machen. Eine umfassende Darstellung des interaktiven Umgangs mit den unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen findet sich in (9.4.)).

#### 6.2.3.1. "Und jetzt bin i ganz nervös."

Die 62-jährige Patientin, die vor einer Gebärmutter-Operation steht, erzählt, wie es zu dem Krankenhausaufenthalt gekommen ist. Anschließend stellt sich heraus, daß die Patientin gerade erfahren hat, daß ihre Operation verschoben worden ist:

1-2/A

027 Pw: No jetzt bin i seit Dienstag.Und i hob glaubt i komm morgn

028 Pw: dran - daß mas morgen machen und jetzt hat ma grad die

Sw: mhm  
029 Pw: Ärztin gsagt - daß sies erst Montag machen.Und jetzt bin

Sw: Des is verständlich. Jetzt ham Sie  
Pw: i ganz /- nervös/ und gestört.  
030 /lacht /

Sw: Sich schon seelisch darauf eingestellt  
031 Pw: Najo ma stellt sich

Sw: mhm  
032 Pw: irgendwie seelisch ein. - (...) eh schon seit Dienstag -

033 Pw: und de Untersuchungen eh alle hinter mir hab. Jetzt hob

034 Pw: i fest glaubt es is jetz morgen soweit. Weil irgendwie

Sw: Des is ganz klar. Sind Sie das  
035 Pw: hat ma ja doch bißl Angst.

036 Sw: ganze Wochenende alleine oder - kommt Sie jemand besuchn?

Sw: Wieviele Kinder  
037 Pw: NANA - i hob eh die Kinder. Die kumman eh.

038 Sw: ham Sie denn?

Die Patientin beschreibt explizit ihre starken Gefühle wegen der sie psychisch belastenden Operationsverzögerung ("*nervös - und gestört*" (030)). Die Studentin ratifiziert diese Emotionen als angemessen ("*des is verständlich*" (030)): PatientInnen, deren Operationstermin sich verschoben hat, dürfen starke Emotionen haben. Damit reguliert sie diese Emotionen als etwas allgemein zutreffendes und nicht nur die Patientin individuell betreffend. Die Studentin verbleibt auch weiter auf der manifesten, allgemein-umgangssprachlichen Ebene: sie beschreibt die Gefühle der Patientin unter dem "technischen" Aspekt der Zeitverzögerung, geht aber nicht auf zugrundeliegende oder individuelle Bedeutungen ein.

Die Patientin übernimmt diese Beschreibung zwar, reformuliert sie aber in einer unpersönlichen und abgeschwächten Form ("*man*", "*irgendwie*" (031)). Diese Reformulierung ist ein Hinweis auf Interpretationsdivergenzen bezüglich der Bedeutungsdimensionen. Dieser Hinweis wird von der Studentin wieder nur ratifiziert ("*mhm*" (032)), aber nicht weiter gedeutet.

Die Patientin besteht sozusagen auf ihrer Forderung nach einer weiteren Bedeutungsaushandlung (032-035). Sie beginnt inhaltlich wieder wie in (027) und bringt dann als Coda explizit, wenn auch unpersönlich und abgeschwächt formu-

liert ("weil irgendwie hat ma ja doch bißl Angst" (034/5), den für sie zugrundeliegenden Aspekt ihrer Ängste ein: nicht die zeitliche Verzögerung, sondern die Operation an sich macht angst. Wieder verbleibt die Studentin bei der regulierenden Ratifizierung ("Des is ganz klar" (035)), vermeidet eine weitere Prozessierung und verschiebt das Problem im wahrsten Sinn des Wortes auf das "Wochenende" (036).

Ein wichtiger Bestandteil der tatsächlichen, individuellen Bedeutung für die Patientin offenbart sich etwas später, und zwar nach der Behandlung der Themen Kinder, Enkelkinder und ihrer Berufstätigkeit:

1-2/A

Sw:	Und Ihr Gatte - was hat der gmacht?	
050 Pw:		Mei Gatte wor - der is

Sw:		mhm
051 Pw:	mit a soan Kranwogn gfohrn. Er war Lastwagnfahrer. Bei so	

052 Pw:	an Bauunternehmen.Na und er hat dann - Gehirntumor ghobt.	
---------	---	--

053 Pw:	Hams erm drei Mal operiert und beim drittn Mal-is er dann	
---------	---	--

Sw:	mhm	Und das war vor einem
054 Pw:	gstorbm. is er nimmer mehr wach worn	

Sw:	Jahr - wie er gstorbm is	Also
055 Pw:		Voriges Jahr im März.

056 Sw:	eineinhalb Jahr jetzt.	
---------	------------------------	--

Die Patientin geht von der Berufsbeschreibung ihres Mannes in die Beschreibung seiner Erkrankung und Operationen über. Von grundlegender Bedeutung im Zusammenhang mit ihren ungeklärten Operationsängsten ist die erlebensrelevante Äußerung "is er nimmer wach worn" (054). Der Ehemann ist also während oder unmittelbar nach seiner Operation verstorben. Diese Erlebensbeschreibung und der damit manifestierte, individuelle emotionale Gehalt wird von der Studentin dethematisiert: sie bezieht sich mit ihrer Frage (054/5) auf eine frühere Erlebensbeschreibung der Patientin, daß der Mann im Jahr davor gestorben sei. Diese Äußerung hat zwar auch einen sehr belasteten emotionalen Gehalt, der sich aber nicht auf die Operation der Patientin und ihr unmittelbares Erleben bezieht. Zudem verbleibt die Studentin auf der faktischen Bedeutungsebene und prozessiert diese, indem sie auf dieser die Differenzierung und Hinterfragung vornimmt, die eigentlich auf der erlebensmäßig-affektiven und weiterführend auf der privatsprachlichen Ebene notwendig gewesen wäre.

Insgesamt zeigen diese Textausschnitte, daß die Studentin bei den Erlebensdarstellungen und Emotionsthematisierungen der Patientin nicht auf zugrundeliegende individuelle Bedeutungen eingeht. Sie verbleibt auf der faktischen Bedeutungsebene und greift auf emotionsregulierende Mechanismen oder auf die, die erlebensmäßig-affektiven Bedeutungen ausblendenden und dethematisierenden

Strategien des herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächs zurück. Zugleich zeigt sich, daß die Patientin sprachlich überaus sensibel reagiert und der Studentin sehr viele Angebote macht, ihre individuelle Welt kennenzulernen.

In einer weiteren Analyse dieses Gesprächs wird sich zeigen, daß sich gleichartige Aushandlungsprozesse im Verlauf des Gesprächs mehrfach wiederholen und ein Beziehungsmuster etablieren, das sich als anbietend-verweigernd beschreiben läßt (vgl. (9.4.3.)).

### **6.3. Zusammenfassende Fragestellungen**

Vom konzeptuellen Anspruch her, auf die Erlebensdarstellungen und Gefühlsbeschreibungen der PatientInnen vertiefend einzugehen, um einen ersten Zugang zum individuellen Relevanzsystem des Patienten/der Patientin zu bekommen, muß der Diskurstyp "psychosoziales Anamnesegespräch" dem Bereich therapeutischer Kommunikation zugeordnet werden. Als generelles Problem für die Lehrveranstaltung ergibt sich daraus, daß die Regelformulierungen des Konzepts der Anamneseerhebung von Morgan/Engel (1977) die Qualität therapeutischer sprachlicher Handlungen erhalten, deren Realisierung im jeweiligen Gespräch weitere therapie-spezifische sprachliche Aktivitäten nach sich zieht. In den Student-Patienten-Gesprächen selbst sind davon vor allem jene Gesprächsstellen betroffen, in denen es um die interaktive Weiterführung und die Bearbeitung von zugrundeliegenden Bedeutungen von Patienten-Äußerungen geht, also z.B. im Anschluß an die erste Beschwerdendarstellung der PatientInnen oder im Anschluß an erlebensmäßig bedeutsame Schilderungen und Hinweise.

Um diese Gesprächsstellen und die dort stattfindenden interaktiven Prozesse einer linguistischen Analyse zugänglich zu machen, wurden linguistische Konzepte zur Mehrdimensionalität von sprachlichen Äußerungen und zur interaktiven Prozessierung von Erleben und Emotion folgendermaßen miteinander verknüpft: für die Umsetzung einer psychosozialen, patientenzentrierten Gesprächshaltung muß die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene der Patienten-Äußerungen interaktiv durch Thematisieren, Eingehen und Hinterfragen prozessiert werden, um die zugrundeliegenden individuellen und privatsprachlichen Bedeutungen erarbeiten zu können. Diese interaktive Konstitution von Bedeutung findet über Aushandlungsprozesse statt, die zugleich beziehungsgestaltend wirken.

Aufgrund der fehlenden therapeutischen Ausbildung und der mangelnden praktischen Erfahrung mit psychosozialer Gesprächsführung auf seiten der StudentInnen ist folgendes zu erwarten:

- die StudentInnen leiten über die Realisierung psychosozialer Regelformulierungen interaktive Prozesse ein, die sie nicht weiter bewältigen können und die sie deshalb durch thematische Wechsel, die Realisierung weiterer psychosozialer

Regelformulierungen oder Fragen aus dem herkömmlichen Anamnesemuster unterbrechen (vgl. (9.3.2.), (9.4.1.));

- bei der interaktiven Weiterführung von erlebensmäßig relevanten Darstellungen der PatientInnen greifen die StudentInnen vorrangig auf sprachliche Mechanismen 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 (vgl. (9.4.1.)).

## **7. Die Lehrveranstaltung "Anamnesegruppe"**

### **7.1. Die Anamnesegruppe: konzeptuelle Merkmale und Ablauf**

Wie in (1.1.) schon erwähnt, gestaltet sich der Ablauf eines Gesprächs in der Anamnesegruppe folgendermaßen: Die Gruppe besteht aus ca. 8 Personen, jeweils von einem Tutor/einer Tutorin supervidiert. Pro Sitzung führt jeweils ein Student/eine Studentin ein Anamnesegespräch mit einem/r stationären Patienten/in in einem extra dafür zur Verfügung gestellten Raum, wobei die restliche Gruppe zuhört. Anschließend an das Gespräch erfolgt - ohne Teilnahme des Patienten/der Patientin - ein balintgruppen-ähnliches einstündiges Gruppengespräch, in dem die in den jeweiligen Gesprächen beobachteten Probleme der Student-Patienten-Beziehung reflektiert werden.

Dieser Ablauf entspricht der Konzeptualisierung studentischer Anamnesegruppen wie sie von Schüffel (1983) entwickelt und durchgeführt worden ist. Die Eckpfeiler dieses Konzeptes sind das Lernen in der Kleingruppe und die direkte Konfrontation mit der praktischen Situation. Das Lernen in der Kleingruppe hat laut Schüffel (1983:56f) folgende Vorteile:

- StudentInnen finden eine Bezugsgruppe vor, mit der sie sich identifizieren können.
- Im Nachgespräch ist die Gruppe ein diagnostisches Mittel, d.h. sie spiegelt die Probleme der Student-Patienten-Beziehung wider und ermöglicht es, gemeinsam Lösungsansätze zu formulieren.
- Die Gruppe stellt ein berufsbezogenes Modell für eine arbeitsteilige Medizin dar: die StudentInnen lernen, in und mit dem Team zusammenzuarbeiten und von den anderen zu profitieren.

Das Lernen in der direkten Konfrontation mit der praktischen Situation ermöglicht affektives Lernen (Schüffel 1980:57). Damit ist gemeint, daß sich Einstellungsveränderungen nicht über passives Zuhören, Empfehlungen und rationale Argumente erreichen lassen, sondern nur über einen mehrfachen Wechsel zwischen praktischem Tun und Reflexion der Gefühle und Einstellungen, also in diesem Fall im Wechsel zwischen Patientengespräch und Gruppennachgespräch.

Der Gesprächstyp "Anamnesegespräch" wurde deshalb gewählt, da die Erhebung der Anamnese auch im späteren beruflichen Alltag der angehenden ÄrztInnen ein Teil ihrer ärztlichen Tätigkeiten sein wird und es zudem als Erstgespräch den Beginn der Arzt-Patienten-Beziehung darstellt (Schüffel 1983:58). Bei den PatientInnen handelt es sich um körperlich Kranke von allen Krankenhausstationen. Dadurch können die StudentInnen lernen, daß eine patientenzentrierte (auch psycho-

somatisch genannte) Einstellung nicht für eine spezielle, als "Psychosomatiker" gekennzeichnete Patientengruppe reserviert ist, sondern sich auf alle Patienten und Patientinnen bezieht (Schüffel 1983:58).

## 7.2. Studentenzentriert oder patientenzentriert? - Eine kritische Analyse

Schüffel (1980:XII) betont, daß die Ausbildung in patientenzentrierter Medizin einen studentenzentrierten Unterricht voraussetzt. Die Konzeptualisierung der Anamnesegruppen ist daher auch, wie oben dargestellt, studentenzentriert. Unter diesem Aspekt verdienen einige konzeptuelle Merkmale jedoch eine etwas genauere, und zwar patientenzentrierte Betrachtung.

### 7.2.1. Das Einmal-Gespräch mit den PatientInnen

Bei den Student-Patienten-Gesprächen handelt es sich nicht nur um Erstkontakte zwischen den StudentInnen und den PatientInnen, was für (psychosoziale) Anamnesegespräche ja typisch ist. Da die StudentInnen sich nur während der einmal wöchentlich stattfindenden Gruppe in den Krankenhäusern befinden, sind die Student-Patienten-Kontakte *einmalige* Kontakte und bleiben es auch. Diese "Einmaligkeit" läuft dem Konzept einer patientenzentrierten Medizin aber in mehrfacher Hinsicht zuwider.

Einmalige Kontakte zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sind ein, durch die Organisation von Krankenhäusern bedingtes, bekanntes Phänomen der krankheitsorientierten "Durchlaufmedizin", wie sie z.B. auf Spitalsambulanzen praktiziert wird (vgl. Lalouschek/Menz/Wodak 1990). Gerade diese Einmal-Kontakte verhindern den Aufbau einer Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Auf diese Weise wird ein konzeptueller Bestandteil der krankheitszentrierten Medizin unreflektiert in die Gesamtkonzeption der Lehrveranstaltung integriert.

Diese "Einmaligkeit" verhindert auch die Möglichkeit, Informationen und angeklungene Problembereiche in weiteren, den Krankenhausaufenthalt des Patienten/der Patientin begleitenden Gesprächen wiederaufzunehmen und zu vertiefen. Diese Möglichkeit ist aber ein zentraler konzeptueller Bestandteil der patientenzentrierten Medizin. Das ärztliche Gespräch und der Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung haben ihren Sinn ja darin, Bewußtwerdungs- und Reflektionsprozesse einzuleiten und zu aktivieren, bei den ÄrztInnen wie bei den PatientInnen.

Und damit kommen wir zum Problem der Verantwortung der ÄrztInnen für die PatientInnen, deren Wichtigkeit in der patientenzentrierten Medizin immer wieder hervorgehoben wird (Uexküll 1980, Schüffel 1980). Während die StudentInnen in den nachfolgenden Gruppengesprächen die Möglichkeit haben, sich ihrer

Gefühle und Empfindungen stärker bewußt zu werden und sie zu reflektieren, die eingeleiteten Bewußtwerdungsprozesse also für sich zu bearbeiten und zu bewältigen, haben die PatientInnen, in den herkömmlichen Stationsalltag zurückgekehrt, diese Möglichkeit nicht. Und entsprechend dem Wirkungskonzept der psychosozialen Medizin muß davon ausgegangen werden, daß in den PatientInnen durch diese Gespräche ebenfalls psychische Prozesse aktiviert worden sind, mit denen sie so aber alleine gelassen werden.

Kritisch betrachtet muß man sagen, daß die studentenzentrierte Konzeptualisierung der Anamnesegruppen vorrangig auf die Bedürfnisse der StudentInnen abgestimmt ist und die Bedürfnisse der PatientInnen als erlebende Individuen nicht wahrnimmt. Und dies ist im Grunde doch eine Reproduktion der herrschenden Verhältnisse in der Institution Krankenhaus. Auf entsprechende Veränderungsmöglichkeiten, die den Bedürfnissen der PatientInnen wie der StudentInnen entgegenkommen, werde ich in (10.2.) eingehen.

### *7.2.2. Die PatientInnen als Lernobjekte*

Ähnliches läßt sich bei einem anderen konzeptuellen Merkmal erkennen, und zwar bei der zuhörenden Gruppe. Jedes Student-Patienten-Gespräch findet vor der Zuhörerschaft der übrigen GruppenteilnehmerInnen und TutorInnen statt. Das bietet den nicht-gesprächsführenden StudentInnen die Möglichkeit zu lernen, die sich entwickelnde Student-Patienten-Beziehung zu beobachten, die Gefühle der GesprächspartnerInnen und ihre eigenen wahrzunehmen und diese im Nachgespräch in spiegelnder Weise wiederzugeben und so ebenfalls zu bearbeiten.

Für die PatientInnen entsteht durch diesen Ablauf jedoch ein zweifacher Druck: erstens werden sie mit einem ihnen nicht geläufigen Kommunikationstyp konfrontiert, der eine große Herausforderung an sie darstellt, und zweitens müssen sie sich nicht nur einem Gegenüber sondern einer ganzen Zuhörerschaft öffnen. Über deren Vorhandensein oder Funktion werden sie zudem häufig im Unklaren gelassen oder nur dann informiert, wenn offensichtliche Gesprächsstörungen auftreten, die PatientInnen sich also z.B. in ihren Redebeiträgen an die gesamte Gruppe wenden.

Nun ist es ja so, daß PatientInnen solche Bedingungen aus den Krankenhausaufenthalten durchaus bekannt sind: Anamnesegespräche finden in den Krankenzimmern statt, also vor der Zuhörerschaft der anderen MitpatientInnen, auszubildender ÄrztInnen und anwesendem Pflegepersonal (Hein et al. 1985), ebenso die Visiten und diverse andere Untersuchungen, z.B. auf der Ambulanz. PatientInnen werden von ÄrztInnen in ganz selbstverständlicher Weise zu Demonstrations- und Ausbildungszwecken "herangezogen", ohne daß sie eindeutig in Kenntnis gesetzt werden, daß das Gespräch MIT ihnen eigentlich ein Lehr/Lerndiskurs, also notwendigerweise ein Gespräch ÜBER sie ist (vgl. Menz 1991). PatientInnen werden über Sinn und Zweck bestimmter Fragen oder Untersuchungsschritte nur dann in-

formiert, wenn sie aus mangelndem Routinewissen nicht kooperationsfähig sind und damit den, für die ÄrztInnen "normalen" Gesprächs- oder Untersuchungsablauf stören oder behindern (vgl. Lalouschek 1989a, Lalouschek/Menz/Wodak 1990).

### 7.2.3. Die Reproduktion institutioneller Machtstrukturen in den Student-Patienten-Gesprächen

Die Diskussion dieser parallelen Mechanismen soll nicht dazu dienen, dem Konzept selbst oder den Ausführenden bewußt "patientenfeindliches" Handeln zu unterschieben. Meiner Einschätzung nach liefern sie einen Beweis für die nachhaltige Wirkung der subtilen und verdeckt laufenden Sozialisationsmechanismen der Institution, entspringen einer sozusagen erlernten Blindheit der Institutions-Insider gegenüber Mechanismen, die die hierarchischen Verhältnisse und die Rollenverteilung stabilisieren. Und gerade der Besitz von Insiderwissen und die kontrollierte Weitergabe von Information haben sich als die wesentlichen Mittel für diese Stabilisierung erwiesen (vgl. van Dijk 1989, Wodak 1989).

Wie sich dies auf die PatientInnen und (nicht nur) auf ihr Gesprächsverhalten auswirkt, möchte ich an einem kurzen Textausschnitt verdeutlichen: Die Studentin hat das Gespräch ohne weitere Informationen mit der Aufforderung "Erzählen Sie mir einfach" eröffnet.<sup>39</sup> Als das Gespräch beendet ist, kommt es zu folgendem Nachgespräch:

3-5/A

Sw: mhm. - - gut.  
143 Pw: sind Sie zufrieden mit meinem Gestoppel da-

Sw: sind Sie sonst vor=  
Pw: wemma nicht vorbereitet is - und nervös.  
144 /lacht /

145 Sw: bereit wenn Sie zu einem Arzt gehn und mit ihm sprechn?

146 Pw: wann i mim Arzt sprich.da brauch i mit sonst niemand redn.

Sw: Sie redn jetzt a nur mit mir.  
147 Pw: najo-des is ganz was anderes.

Sw: warum?  
148 Pw: na wenn i zum Arzt geh waß i - des und des - aber i

Sw: nur ganz  
149 Pw: hab net gwußt - was Sie mich fragen wollen.

<sup>39</sup> Vgl. dazu die Analyse dieses Gesprächsanfangs sowie der einleitenden Erzählaufforderungen allgemein in (9.2.2.2.)

Sw: normale Sachn.	guat. okay.
150 Pw:	jo.

Die Patientin thematisiert ihr Gefühl der Unbehaglichkeit, das vermutlich das gesamte Gespräch hindurch bestanden hat. Die Gründe dafür nennt sie selbst: die Situation ist für sie ungewohnt und daher beunruhigend gewesen ("*wemma nicht vorbereitet ist - und nervös*" (144)), ebenso die für sie anonym gebliebene Zuhörerschaft ("*da brauch i mit sonst niemand redn*" (146)), der Sinn und Zweck des Gesprächs war für sie nicht eindeutig nachvollziehbar, ihr war nicht klar, was sie gefragt würde und was sie von sich erzählen sollte. Vor allem die Wahl der Begriffe "nervös" und "nicht vorbereitet" machen deutlich, daß die Patientin dieses Gespräch primär als *Prüfungsgespräch* erfahren hat, wozu die situativen Bedingungen und die mangelnde Informationsbereitschaft der Studentin beigetragen haben.

Die Studentin geht nicht offen und verstehend, also patientenzentriert auf diese thematisierte Beunruhigung ein, sondern spricht der Patientin im Gegenteil die Berechtigung dafür ab. Das geschieht vor allem dadurch, daß sie ganz systematisch die bestehenden Unterschiede zwischen diesem Gespräch und einem herkömmlichen Arzt-Patienten-Gespräch verwischt und diese spezielle Gruppensituation zu einem ärztlichen Zweiergespräch "re-definiert": die Patientin sei "*sonst*" (144), also bei einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch, doch auch nicht vorbereitet, dort spreche sie - ebenso wie hier - doch "*auch nur*" (147) mit einem Arzt. Und insgesamt wäre es, wie in einem normalen ärztlichen Gespräch, auch nur um "*ganz normale Sachn*" (149) gegangen.

Diese Analyse zeigt, daß sich eine patientenzentrierte Haltung auch in einer patientenzentrierten Weitergabe von Information ausdrückt, d.h. also ganz besonders das mangelnde "Fachwissen"(!) der PatientInnen in bezug auf die situativen Bedingungen und das Gesprächsziel wahrzunehmen. Dazu ist es aber notwendig, sich der bestehenden, verdeckt steuernden institutionsbedingten Mechanismen bewußt zu werden und die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen auch dahingehend zu überprüfen und zu reflektieren. Andernfalls wird, wie der Textausschnitt zeigt, das Gesprächsziel, also die Etablierung einer tragfähigen Beziehung zum Patienten/zur Patientin, in Frage gestellt und lediglich das Machtverhältnis eines herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächs, fatalerweise unter einem anderen Namen, reproduziert.

#### 7.2.4. Erste Konsequenzen

Welche ersten allgemeinen Konsequenzen lassen sich nun aus dieser kritischen Betrachtung für eine veränderte Konzeptualisierung der Lehrveranstaltung ableiten? Die Bewußtmachung und Reflexion der sozialisatorischen Mechanismen, deren Auswirkungen und Einflüsse sowie deren mögliche unkontrollierte Übertragung auf die Student-Patienten-Gespräche müssen als Teil der Ausbildung in die Lehr-

veranstaltung integriert werden. Eine umfassende Orientierung der PatientInnen über die spezielle Gesprächssituation muß - in einer Art Regelformulierung - zu einem unabdingbaren, einleitenden Bestandteil der Student-Patienten-Gespräche werden (vgl. dazu im Detail (9.2.)). Ganz prinzipiell müssen jedoch auch Überlegungen dazu angestellt werden, welches Gesprächsziel unter den bestehenden Bedingungen tatsächlich verfolgt wird bzw. erreicht werden kann und ob diese Konzeptualisierung eine patientenzentrierte Ausbildung von MedizinstudentInnen überhaupt gewährleistet. In den folgenden Ausführungen möchte ich deshalb auf das Problem der postulierten und verdeckten Gesprächsziele dieser Lehrveranstaltung genauer eingehen.

### **7.3. Der Einfluß der Lernsituation auf das Gesprächsverhalten der StudentInnen**

Für die Gestaltung und den Verlauf der Student-Patienten-Gespräche wichtig ist ein gemeinsames Wissen darüber, was ein "gutes" oder "gelungenes" psychosozial orientiertes Gespräch mit einem Patienten/einer Patientin ausmacht und wie man es führt, also eine gemeinsam erarbeitete Definition der Zielvorstellung und der Verhaltensregeln, über die man diese Zielvorstellung erreicht. Die auffällige Heterogenität des von mir untersuchten Datenmaterials in der Gestaltung der Gespräche und in der Umsetzung der vorhandenen Regelformulierungen durch die StudentInnen deutet darauf hin, daß es in allen Gruppen sehr unterschiedliche, sehr individuell geprägte Zielvorstellungen darüber zu geben scheint, was ein psychosoziales Anamnesegespräch ausmacht.

Das Entstehen dieser *"individuellen" Zielvorstellungen* hängt nun einerseits vom jeweils erworbenen "theoretischen" Wissen über die Zielsetzung von psychosozialen Gesprächen ab, und andererseits vom "praktischen" Wissen, also vom Ausmaß der tatsächlichen praktischen Erfahrungen mit solchen Gesprächen. Und die ist bei den StudentInnen natürlich entsprechend gering. D.h. nicht nur die PatientInnen, auch die StudentInnen sind mit einem, ihnen nicht geläufigen Diskurstyp konfrontiert, der noch dazu eine ziemliche Herausforderung an die eigene Persönlichkeit darstellt. Die Wahrscheinlichkeit, daß die StudentInnen, v.a. in schwierigen oder belasteten Gesprächssituationen auf ihnen geläufigere Muster, wie z.B. das herkömmliche ärztliche Frageverhalten, ausweichen, ist dementsprechend groß.

Nun läßt sich aber die Gesprächssituation in der Anamnesegruppe durchaus als eine solche schwierige Gesprächssituation beschreiben, und dies hängt mit den schon erwähnten konzeptuellen Merkmalen der Lernsituation zusammen: Dadurch, daß es sich um einmalig stattfindende Gespräche handelt, stehen die StudentInnen unter dem künstlich hergestellten Druck, nur ein Gespräch, sozusagen nur eine Chance, zur Verfügung zu haben, die relevanten psychosozialen Informationen zu erheben. Da diese Gespräche zudem vor ihren MitstudentInnen stattfinden, befinden sich die StudentInnen auch in einer Konkurrenz- bzw. Prüfungssituation und

damit unter dem Druck, eine bestimmte Leistung zu erbringen. Die Anfälligkeit für einen derartigen Verhaltensmechanismus sehe ich auch in der leistungs- und konkurrenzorientierten Prägung durch die schulische und universitäre Ausbildung.

Dieser mehrfache Druck führt in vielen Gesprächen dazu, daß die StudentInnen unter allen Umständen versuchen, zu einem "handfesten" Ergebnis zu kommen, sei es in Form einer psychosomatischen Diagnose, sei es, indem sie die PatientInnen dazu veranlassen, doch mögliche Zusammenhänge "zuzugeben", oder sei es, daß sie danach trachten, besonders lange Gespräche zu führen, also "alles" zu erfragen. Zwei Gesprächsausschnitte mögen dies illustrieren:

### 7.3.1. Die "umfassende Diagnose"<sup>40</sup>

4-4/B		
Sm:	Leben Sie allein?	
075 Pm:	a - eigentlich schon.	Nein. I bin
Sm:	Kinder ham Sie auch?	- - Und
076 Pm:	verheiratet.	Nein noch nicht.
Sm:	Sie ham gsagt Sie ham Mumps ghabt vor zwei Jahrn.	
077 Pm:		Ja - in
078 Pm:	87iger Jahr.	
/Details zur Krankengeschichte/		
Sm:	San Sie in Wien aufgewachsen?	
089 Pm:		Nein - in Niederösterreich.
Sm:	Und leben jetzt in Wien?	
090 Pm:	Bei /Ort/.	Nein. Ich fahr alle Tag
Sm:	Nach Wien.	Und wie weit is des?
091 Pm:	zur Arbeit.	Nach Wien - ja.
092 Pm:	Najo - ungefähr 1 1/2 Stunden Fahrzeit - also mitn Zug.	
Sm:	Und ham Sie nie überlegt in die Stadt zu ziehen?	
093 Pm:		Jo - (...)
Sm:		Mhm. - Ihre Frau
094 Pm:	aber i war genausogern am Land draußt.	
Sm:	lebt draußen? Und ist die dann - tagsüber allein?	
095 Pm:	Ja.	Na - die

<sup>40</sup> Der Begriff der "umfassenden Diagnose" nach Balint, auf den ich hier anspiele, meint die Synthese der somatischen, psychischen und sozialen Teilaspekte, nicht das bloße Sammeln einer großen Menge an Informationen.

Sm:	- - - Und
096 Pm:	geht auch arbeiten. - - In einer Textilfabrik.

097 Sm:	wie glauben Sie daß es jetzt weitergeht?
---------	--

Wie man schon bei oberflächlicher Betrachtung erkennt, versucht der Student, "umfassende" Informationen über den Patienten zu erhalten: Die Fragen, die er stellt, betreffen zwar alle psychosozial relevante Inhalte wie familiäre und berufliche Lebensumstände. Aber erstens beziehen sie sich nicht auf vorangegangene Äußerungen des Patienten und zweitens haben sie keinen erkennbaren inneren Zusammenhang mit der aktuellen Krankheitsgeschichte. Ohne diese Bezugspunkte bleiben unsystematisch gesammelte Informationsteile unverbunden nebeneinander stehen.

Der Patient ist von Anfang an eher zurückhaltend und bietet über eine knappe Darstellung seiner Krankengeschichte hinaus sehr wenig an expliziten psychosozialen Informationen über sich selbst. Dieses "wenig ergiebige" Gesprächsverhalten des Patienten führt bei dem Studenten dazu, daß er sein Frageverhalten zunehmend verstärkt, um mehr an Informationen zu bekommen und das Gespräch nicht zu kurz werden zu lassen. Er stellt eine Reihe geschlossener Fragen, die vorwiegend auf seinen *eigenen* Vorstellungen und Ideen über den Patienten basieren ("*Und ham Sie nie überlegt in die Stadt zu ziehen?*" (093)), daher haben sie mit der individuellen Wirklichkeit des Patienten wenig zu tun. Der ohnehin zurückhaltende Patient verstummt immer mehr.

Es zeigt sich also, daß der Student den Druck, ergiebige Informationen zu bekommen, über den Einsatz des herkömmlichen ärztlichen Frageverhaltens, allerdings im inhaltlich "psychosozialen" Bereich, zu bewältigen versucht. Das erzeugt jedoch den gegenteiligen Effekt, da der Patient zunehmend in das entsprechend passive, ihm geläufige Verhaltensmuster zurückfällt, was - in einem *circulus vitiosus* - die Aktivität und den Druck auf der Seite des Studenten weiter verstärkt.

### 7.3.2. Die "psychosomatische Diagnose"

1-6/B	
Sw:	wie lang sind Sie schon Briefträger?
105 Pm:	najo - seitn 6liger

Sw:	und macht Ihnen das Spaß oder?	und
106 Pm:	Jahr.	jo. muaß i sagn.

Sw:	war da nicht irgendein besonderer Streß oder was.
107 Pm:	na des

Sw:	ja?	wie - warum?
108 Pm:	schon. a Streß is schon.	ja sehr groß. na

109 Pm: warum

/Pm erzählt aus dem Berufsalltag/

130 Sw: und sehn Sie vielleicht da irgendein Zusammenhang was das

Sw: sein könnt?

131 Pm: na doch a Streß - wie Sie sagen - es - -

132 Pm: bestimmt kann is net sagen aber a Streß is auf jeden Fall

Sw: mhm.

133 Pm: vorhanden.

Die Studentin versucht, die Berufstätigkeit des Patienten auf krankheitsauslösende Faktoren zu erkunden. Anstatt den Patienten mit einer offenen Frage zu einer eigenständigen Erzählung aufzufordern, unterbreitet sie ihm mit einer geschlossensuggestiven Frage das gängige Streß-Konzept ("*und war da nicht irgendein besonderer Streß oder was?*" (107)). Was auch immer die Gründe für den Patienten sein mögen (Streß im Beruf ist z.B. ein sozial erwünschter Faktor oder "gute Patienten kooperieren"), der Patient übernimmt dieses Konzept, verstärkt es sogar ("*ja sehr groß*" (108)) und gibt eine entsprechend gefärbte Darstellung des beruflichen Alltags. Am Ende dieser Darstellung fragt ihn die Studentin diesmal explizit nach dem möglichen "*Zusammenhang*" (130) mit seiner Krankheit, was der Patient - relativierend zwar - aber doch bejaht.

Das Paradoxe an dieser Scheinlösung ist, daß die Erzählungen des Patienten vor diesem Textauschnitt eine Fülle an psychosozial relevanten Angeboten und Informationen enthalten. Diese werden von der Studentin aber nicht auf krankheitsbedingende Faktoren hinterfragt. Da die Lebensumstände des Patienten schwierig und der Grund seines Krankenhausaufenthalts (Lebermetastasen) bedrohlich ist, scheint diese rasche, oberflächliche Einigung die Funktion zu erfüllen, eine Auseinandersetzung mit angstausslösenden Faktoren zu vermeiden und trotzdem zu einer herzeigbaren "psychosomatischen Diagnose" zu kommen.

#### 7.3.4. Zusammenfassung

Wie die exemplarischen Analysen dieser kurzen Gesprächsauschnitte zeigen, boykottieren einige konzeptuelle Merkmale dieser Anamnesegruppen das Ziel der Lehrveranstaltung, nämlich die Durchführung einer psychosozialen Anamnese. Der mehrfache Druck, sich einem ungewohnten, die Persönlichkeit fordernden Sprachverhalten zu stellen, dabei in *einem* Patientengespräch ein Gesprächsziel zu erreichen, was möglicherweise nicht so klar definiert ist, und gleichzeitig eine akzeptable Leistung gegenüber den zuhörenden Gruppenmitgliedern zu erbringen, führt in vielen Gesprächen dazu, daß die StudentInnen sich selbst nicht die Zeit und die Möglichkeit geben können, sich offen und den PatientInnen folgend auf deren er-

lebte Wirklichkeit einzulassen, also eine psychosoziale, patientenzentrierte Haltung einzunehmen.

Dieser Druck wird durch sprachliche Verhaltensweisen wie durch den Einsatz herkömmlichen ärztlichen Frageverhaltens, durch die unsystematische Exploration biografischer und sozialer Daten, weit entfernt von der aktuellen Lebenssituation der PatientInnen, oder durch eine rasche Einigung auf gängige psychosomatische Krankheitszusammenhänge auf die PatientInnen übertragen. Da die PatientInnen sich ihrerseits unter dem Druck der Situation und für sie ungewohnten kommunikativen Verhaltensanforderungen befinden, entsteht in manchen Gesprächen eine ganz andere, ungeplante Form eines "Arbeitsbündnisses", das man als "*psychosoziale Artefaktbildung*"<sup>41</sup> bezeichnen könnte (vgl. Lalouschek 1994a, sowie (9.3.2.)).

Wie sich zeigt, ist jedes einzelne konzeptuelle Merkmal der Anamnesegruppe eine eigenständige Herausforderung, für die StudentInnen wie für die PatientInnen, die sich in der Kombination maximal verstärken. Aufgabe der linguistischen Analyse wird es daher sein, diese Wechselwirkungen sichtbar zu machen, die Dysfunktionalität sprachlicher Mechanismen im Hinblick auf die Umsetzung einer psychosozialen Haltung zu beschreiben ebenso wie funktionale Bewältigungsstrategien, die im Material ja durchaus vorkommen. In einem weiteren Schritt sollen diese Ergebnisse dann gemeinsam mit den theoretischen Überlegungen dazu dienen, Vorschläge für eine dem Ausbildungsziel angemessenere Konzeptualisierung der Lehrveranstaltung zu erarbeiten.

---

<sup>41</sup> An dieser Stelle möchte ich Ruth Brons-Albert danken, die mich - indirekt zwar, aber dafür mit umso nachhaltigerer Wirkung auf die Arbeit und meinen Zugang zum Material - auf das Phänomen der Gesprächsartefakte im Rollenspiel aufmerksam gemacht hat.

## 8. Zusammenfassende Fragestellungen und Kategorien der linguistischen Analyse

In den vorangegangenen Ausführungen habe ich schon eine Reihe von Fragestellungen zum Gesprächsverhalten der StudentInnen und PatientInnen und über die Gesprächsverläufe selbst formuliert. Im folgenden möchte ich diese Fragestellungen nun zusammenfassen und spezifizieren sowie die linguistischen Kategorien beschreiben, über die sich das jeweilige sprachliche Verhalten manifestiert.

### 8.1. Patientenzentriertes sprachliches Verhalten: linguistische Kategorien

Entsprechend den Ausführungen in (5.2.) und (6.2.) manifestiert sich patientenzentriertes bzw. psychosozial orientiertes Verhalten der *MedizinstudentInnen* in folgenden sprachlichen Handlungen:

- *offene Fragen* stellen, die den PatientInnen Raum zur Entfaltung und zur individuellen Gestaltung ihrer Redebeiträge geben;
- Erzählungen und Erlebensdarstellungen von PatientInnen zu Ende führen lassen und *nicht unterbrechen*;
- in den weiterführenden Redebeiträgen sich an *Begriffen und Äußerungen* orientieren, die *von den PatientInnen* verwendet worden sind;
- bei Erlebensdarstellungen und psychosozial relevanten Inhalten der PatientInnen die *erlebensmäßig-affektive Bedeutungsqualität* fokussieren und sie über die Verwendung der *Prozessierungsmechanismen Thematisieren und Vertiefen* interaktiv weiterführen, um die zugrundeliegenden individuellen und für den Krankheitszusammenhang relevanten Bedeutungen erfassen zu können;
- speziell relevant für die Gesprächssituation in der Anamnesegruppe ist es, die PatientInnen zu *Gesprächsbeginn ausreichend* über das Setting und das Gesprächsziel zu *informieren*.

Diese relativ groben Kategorien werden in der Analyse differenziert und erweitert werden. Als korrespondierendes sprachliches Verhalten in einer patientenzentrierten Atmosphäre sind folgende sprachliche Handlungen der *PatientInnen* zu erwarten:

- PatientInnen bieten neben direkt krankheitsbezogenen Darstellungen auch *Erlebensschilderungen* und *thematisieren Emotionen* und subjektive Befindlichkeiten;
- sie geben vielfältige, *psychosozial relevante Informationen* und Angebote;
- sie gehen auf die Angebote der StudentInnen, zugrundeliegende, *individuelle Bedeutungsdimensionen zu thematisieren*, ein.

- sie thematisieren von sich aus *ihre subjektiven Vorstellungen* zur Entstehung der Krankheit und/oder von psychosozialen Zusammenhängen.

## 8.2. "Nicht patientenzentriertes" sprachliches Verhalten: linguistische Kategorien

"Nicht patientenzentrierte" sprachliche Handlungen der StudentInnen stammen entweder aus dem ihnen geläufigeren Repertoire des herkömmlichen medizinischen Diskurses oder entspringen einer nur oberflächlichen, rein präskriptiven Verwendung psychosozialer Regelformulierungen. Entsprechend den Ausführungen zum somatisch-technisch orientierten ärztlichen Sprachverhalten in (4.2.) und (6.2.2.2.) manifestiert sich die Sozialisation in den herkömmlichen medizinischen Diskurs bei den *MedizinstudentInnen* in folgenden sprachlichen Verhaltensweisen:

- StudentInnen stellen *geschlossene Fragen*, die eine freie, individuelle Darstellung von Patientenseite einschränken.
- Sie *unterbrechen* die Erzählungen von PatientInnen.
- Sie benützen Gesprächsschritte aus den *Ablaufmustern herkömmlicher Anamnesegespräche* zur Gesprächsweiterführung und führen damit *Themenwechsel* durch, die für die PatientInnen nicht nachvollziehbar sind.
- Bei Erlebensdarstellungen der PatientInnen fokussieren sie die somatisch-technische Bedeutungsebene und *übergehen* oder *dethematisieren* psychosozial relevante Hinweise und Emotionsbeschreibungen.
- Sie selektieren aus psychosozial relevanten Äußerungen der PatientInnen *medizinnahe Ausdrücke oder biografische Fakten*.

Die mangelnde praktische Erfahrung mit patientenzentrierten Gesprächen bei einem allgemeinen Wissen über psychosozial orientierte Gesprächsführungskonzepte läßt bei den MedizinstudentInnen folgende "pseudo-psychosoziale" verbale Umsetzungsmechanismen erwarten:

- StudentInnen benützen die *expliziten Regelformulierungen präskriptiv*, d.h. sie verwenden sie wortwörtlich und nicht auf den jeweiligen Gesprächsverlauf und auf die Person des Patienten/der Patientin bzw. auf deren Darstellungen abgestimmt.
- Sie verwenden auch die impliziten Gesprächsnormen, also z.B. das zugrundeliegende Gesprächsziel der Erfassung psychosozial relevanter Krankheitszusammenhänge, präskriptiv, indem sie *direkte Fragen nach Krankheitszusammenhängen* und/ oder individuellen Bedeutungen stellen.
- Sie führen *Themenwechsel in als psychosozial relevant definierte Bereiche* wie Familie, Berufstätigkeit und Lebensumstände durch, die nicht nachvollziehbar sind, um umfassende psychosoziale Informationen über die PatientInnen zu erheben.
- Sie setzen sprachliche Handlungen wie Interpretationen und deutungsähnliche Aktivitäten ein, für deren angemessenen Einsatz ihnen die entsprechende Qua-

ifikation fehlt, da diese dem *therapeutischen Gesprächsverhalten* zuzurechnen sind.

Auch diese Kategorien sollen in den folgenden Analysen differenziert und vor allem auf ihre Kontextabhängigkeit untersucht werden. Bei den *PatientInnen* manifestiert sich die Sozialisation in den herkömmlichen medizinischen Diskurs entsprechend den Ausführungen in (4.2.) folgendermaßen:

- PatientInnen geben knappe, *somatisch orientierte Darstellungen* der Leidensgeschichte und keine Erzählungen mit umfangreichen psychosozialen Informationen;
- sie *verhalten sich passiv* und erwarten detaillierte Fragen;
- sie gehen in ihren Antworten auf Studenten-Fragen vorrangig auf die *somatisch-technische Bedeutungsqualität* ein;
- sie geben "verdeckte", also *indirekte, psychosozial relevante Hinweise*, führen sie aber von sich aus nicht weiter.

### 8.3. Untersuchungsleitende Fragestellungen

Die Grundannahme der Untersuchung, die sich aus den vorangegangenen Ausführungen ableiten läßt, ist, daß folgende Faktoren, nämlich

- die Sozialisation in den somatisch-technisch orientierten *medizinischen Diskurs*,
- das theoretische Wissen über den *patientenzentrierten Ansatz* und über psychosozial orientierte Gesprächsführungskonzepte bei gleichzeitiger mangelnder praktischer Erfahrung,
- die *therapeutische Qualität* der psychosozialen Regelformulierungen, sowie
- der Ablauf und das Setting der *Lehrveranstaltung* Anamnesegruppe selbst,

in je spezifischer Weise auf die Gesprächserwartungen und Gesprächsziele der PatientInnen und der StudentInnen einwirken, so daß "nicht patientenzentriertes" sprachliches Verhalten gefördert wird und sekundäre, sich zunehmend verstärkende, interaktive Wechselwirkungen ausgelöst werden. Für die Analyse heißt das, daß die Produktion von einzelnen sprachlichen Handlungen nicht absolut betrachtet wird, sondern immer interaktionsabhängig und prozeßbezogen, also immer in unmittelbarer Abhängigkeit von den vorangegangenen Äußerungen und in ihren Konsequenzen für die folgenden und somit für den weiteren Gesprächsverlauf.

Ausgehend von dieser Grundannahme und den oben genannten linguistischen Kategorien lassen sich folgende *untersuchungsleitenden Fragestellungen* formulieren:

- Es ist anzunehmen, daß das Sprachverhalten der StudentInnen eine *Mischform aus patientenzentriertem, pseudo-psychosozialem und pseudo-therapeutischem sowie krankheitszentriertem Diskurs* ist, das unvereinbare Anforderungen an das korrespondierende sprachliche Verhalten der PatientInnen stellt.
- Das Auftreten von "nicht patientenzentriertem" sprachlichen Verhalten hat immer *Problemlösungscharakter*. D.h., nicht-patientenzentrierte sprachliche Ver-

haltensweisen werden funktionalisiert, um konfliktbelastete Themen auszublenzen oder die Gesprächsweiterführung in problematischen Gesprächssituationen zu sichern.

- Es ist zu erwarten, daß die Umsetzung der *Regelformulierungen des Konzepts der Anamneseerhebung* von Morgan/Engel (1977) in der spezifischen Gesprächssituation in der Anamnesegruppe und aufgrund der mangelnden Erfahrung der StudentInnen Interaktionsprobleme auslöst.
- Die *konzeptuellen Merkmale der Lehrveranstaltung*, die ein künstlich aus dem Stationsalltag herausgelöstes, nur einmal und vor ZuhörerInnen stattfindendes Gespräch bedingen, boykottieren das eigentliche Lehrziel, also die Durchführung eines psychosozialen Gesprächs, und fördern die Entwicklung anderer, vorwiegend ergebnisorientierter Zielvorstellungen.

## 9. Die linguistische Analyse

### 9.1. Allgemeine Vorbemerkungen

Der Aufbau des folgenden Kapitels entspricht mit den Abschnitten *Gesprächsbeginn*, *Beschwerdenerzählung*, *Prozessierung von Bedeutung und Erleben* und *Gesprächsbeendigung* der idealtypischen Struktur eines psychosozialen Anamnesegesprächs, wie sie auch dem Konzept zur psychosozialen Gesprächsführung von Morgan/ Engel (1977) zugrundeliegt. Dieser Aufbau ermöglicht es, anhand ausgewählter Textstellen die für den jeweiligen Gesprächsabschnitt relevanten Fragestellungen, die in den vorangegangenen, allgemein-theoretischen Überlegungen entwickelt wurden, zu überprüfen und gleichzeitig die jeweils entsprechenden sprachlichen Realisierungsvarianten der Regelformulierungen des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung zu erfassen und auf ihre konzeptuelle Angemessenheit und interaktive Wirkungsweise hin zu beurteilen.

Im Abschnitt des *Gesprächsbeginns* (9.2.) werde ich folgende Ablaufschritte herausarbeiten: die Information und Orientierung der PatientInnen zur Gesprächssituation in der Anamnesegruppe, die Definition des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch" sowie die interaktive Etablierung dieses Diskurstyps über die Initiierung einer ersten, ausführlichen Patienten-Erzählung.

Im Abschnitt der *Beschwerdenerzählung* (9.3.) geht es um die erste Patienten-Erzählung selbst. Im ersten Teil des Kapitels werde ich die interaktive Struktur dieser Patienten-Erzählung als sequenzübergreifendes, sprachliches Handlungsmuster beschreiben sowie auf die sprachlichen Mittel der interaktiven Stützung von seiten der StudentInnen eingehen, die zur Durchführung dieses Handlungsmusters notwendig sind (9.3.1.). Anschließend werde ich die Formen der interaktiven Weiterführung dieser Erzählung, die von den StudentInnen realisiert werden, darstellen und diskutieren. Der Schwerpunkt der Analyse liegt in diesem Kapitel primär auf makrostrukturellen Interaktionsprozessen, nämlich der prinzipiellen Einbindung (bzw. Ausblendung) von relevanten Inhalten der ersten Patienten-Erzählung in das weitere Gespräch (9.3.2.).

Im Abschnitt der *Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben* (9.4.) werde ich, auf einer mikrostrukturellen Ebene und über die erste Patienten-Erzählung hinausgehend, auf die interaktive Bearbeitung von erlebensrelevanten Patienten-Schilderungen eingehen. In dem Kapitel geht es um die zentrale Zielsetzung psychosozialer Anamnesegespräche, also um die gemeinsame Bearbeitung und Vertiefung der Erlebensdarstellungen der PatientInnen zur Erfassung des affektiven Gehalts des Gesagten und der zugrundeliegenden, individuellen Bedeutun-

gen und die Formen der interaktiven Bewältigung. Im Rahmen dieser Analysen werde ich auch die aktive Rolle der PatientInnen bei der Umsetzung dieses Gesprächsziels beleuchten (9.4.3.).

Im letzten Abschnitt der *Gesprächsbeendigung* (9.5.) geht es neben der Darstellung der real stattfindenden Abschlußvarianten vor allem um Überlegungen zu möglichen und notwendigen sprachlichen Handlungen, mit denen die Beendigung dieser speziellen, also einmaligen und künstlich aus dem Stationsalltag herausgelösten Gesprächssituation angemessen bewältigt werden kann.

Die Bedeutung der Analyseergebnisse für die Regelformulierungen des Konzepts der psychosozialen Gesprächsführung sowie für konzeptuelle Veränderungen der Lehrveranstaltung werde ich im anschließenden Kapitel (Kap. 10.) besprechen.

## 9.2. Der Gesprächsanfang

Entsprechend der Technik der Anamneseerhebung nach Morgan/Engel (1977) soll dem eigentlichen Beginn des Gesprächs eine Interaktionsphase vorausgehen, in der die ÄrztInnen bzw. StudentInnen sich darum bemühen, eine patientenbezogene Gesprächsatmosphäre herzustellen. Dies geschieht durch namentliches Vorstellen, die Erklärung der eigenen Funktion und Fragen nach dem momentanen Wohlbefinden, so daß die PatientInnen sich individuell wahrgenommen fühlen.

Aufgrund der speziellen Bedingungen, unter denen die Patienten-Gespräche in den Anamnesegruppen stattfinden, müssen die gesprächsführenden StudentInnen in dieser Phase eine besondere Aufgabe erfüllen: sie müssen die PatientInnen, die von den Stationen in den für die Anamnesegruppe zur Verfügung gestellten Raum geführt werden, davon in Kenntnis setzen, daß es sich um eine Lehrveranstaltung handelt und sie ausreichend über deren Zweck, über ihre eigene Funktion sowie über die der zuhörenden TeilnehmerInnen informieren. Anschließend sollen die PatientInnen über eine offen formulierte Erzählaufforderung die Möglichkeit bekommen, frei über sich und ihre Beschwerden zu berichten. Diese Erzählaufforderung ist somit die Einführung des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch" und der eigentliche Gesprächsbeginn.

Die Phase des Gesprächsanfangs besteht also aus den Schritten "einleitende Informationen" und "Erzählaufforderung".

### 9.2.1. Einleitende Informationen

3-4/A

000Sw: also wir sind eine Gruppe von Medizinstudenten die

001Sw: einfach da sind um zu lernen ein Erstgespräch

002Sw: mit einem Patienten zu führen. - und die Aufgabe der

003 Sw: anderen ist es zuzuhören. und ich bin die die mit ihnen

Sw: redet. und - jetzt wollt ich sie am Anfang  
004 Pm: mh.

Die Studentin informiert den Patienten explizit über die hierarchische Position der Gruppe ("Medizinstudenten" (000), über den Sinn der Veranstaltung ("lernen" (001) und über die Aufgabenverteilung. Da PatientInnen im Krankenhaus üblicherweise mit für sie undurchschaubaren Personengruppen konfrontiert sind, die ganz unterschiedlich aus Primarii, OberärztInnen, TurnusärztInnen und FamulanInnen zusammengesetzt sind, ist diese explizite und detaillierte Information als *patientenzentrierte Information* zu bezeichnen. Die Situation, die Funktion der TeilnehmerInnen und deren Aufgabenteilung werden für den Patienten transparent. Ausreichende Information heißt also auch, den Patienten davon zu entlasten, seine eigenen Theorien zum Zweck der Situation und der Personen entwickeln zu müssen und an diesen gedachten Erwartungen sein Gesprächsverhalten auszurichten.<sup>42</sup>

Dieser einleitende Informationsschritt erfolgt erstens nicht systematisch in allen Gesprächen, manche StudentInnen beginnen direkt mit der Erzählaufforderung. Zweitens unterscheidet sich, so er erfolgt, die Qualität der enthaltenen Information beträchtlich:

2-4/B

003 Sm: ja - wir sind eine Anamnesegruppe wo ma versuchen - ah

Sm: Vorgeschichten von Patienten und Patientinnen zu erhebm.  
004 Pw: mh

Sm: weil mir das lernen möchten.

005 Pw: mh

Der Student informiert die Patientin aus dem Blickwinkel eines "Institutionsinsiders": er verwendet in seiner Beschreibung zwei Fachbegriffe, nämlich Anamnesegruppe und Vorgeschichte, die für die Patientin keinen Informationswert haben, an dem sie sich orientieren könnte. Durch die Verwendung des Personalpronomens "mir" (003) gibt er auch keine eindeutige Information über die Aufgaben- und Funktionstrennung der TeilnehmerInnen. Die Verwendung von Fachbegriffen ohne zusätzliche Erklärungen und von verdeckten Informationen sind Charakteristika herkömmlichen institutionellen Diskurses, die hier unreflektiert, "unter der Hand", einfließen. Oft erfolgt die einleitende Information nur ganz rudimentär:

---

<sup>42</sup> Für die Institution bezeichnend ist, daß die PatientInnen zuvor auf den Stationen zwar gebeten werden, sich zu diesem Gespräch zur Verfügung zu stellen, dabei diese spezifischen Informationen aber nicht erhalten.

4-4/B

001Sm: Wir sind lauter Medizinstudentn und wir würdn gern a bißl

002Sm: was über Sie erfahrn und über Ihre Krankheit. wanns uns -

1-4/B

001Sw: ich werde heute ein Gespräch mit Ihnen führn - so ganz

002Sw: allgemein -

4-2/A

001Sm: ich heiß E.R. bin: Medizinstudent und: möchte jetzt mit

Sm: Ihnen gern so ein Anamnesegespräch führen. -  
002Pw: mh

Im letzten Beispiel wird das zu beginnende Gespräch durch den Ausdruck "Anamnesegespräch" (002) sogar begrifflich mit einem herkömmlichen medizinischen Erstgespräch gleichgesetzt, ganz abgesehen davon, ob der Begriff für die Patientin überhaupt verständlich ist.

Es zeigt sich also nicht nur, daß die patientenzentrierte Vorinformation kein selbstverständlicher Bestandteil der in den Anamnesegruppen stattfindenden Gespräche ist. Es zeigt sich auch, daß dieser Schritt sehr bewußt gestaltet werden muß, denn um tatsächlich patientenzentriert zu sein, erfordert die Vermittlung dieser Vorinformation einen reflektierten Umgang mit den Informationsbedürfnissen der PatientInnen. Auf die Auswirkungen fehlender oder unzureichender Situationsinformationen auf die Erwartungen und das Gesprächsverhalten der PatientInnen komme ich in (9.2.2.2) zu sprechen.

### 9.2.2. Die Erzählaufforderung

Mit einer offenen einleitenden Frage soll es den PatientInnen ermöglicht werden, sich selbst in ihren eigenen Worten darzustellen (vgl. (5.2.3.)). Über diese offene Frage erfolgt also zugleich die Einführung des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch", der den PatientInnen aufgrund ihrer Erfahrungen mit herkömmlichen ärztlichen Gesprächen nicht geläufig ist und das von ihnen spezifische sprachliche Handlungen, wie z.B. eben die eigenständig gestaltete Beschwerdendarstellung, verlangt. In der folgenden Analyse sollen typische, in den Gesprächen auftretende Realisierungsvarianten dieser Erzählaufforderungen auf ihre unmittelbare - und auch langfristige - Wirkung auf das Gesprächsverhalten der PatientInnen hin analysiert werden.

### 9.2.2.1. Die explizite Erzählaufforderung

4-1/B
001 Sm: ja. mein Name ist S. wir san a Gruppe von Medizinstudentn
002 Sm: und wir würden gern so/was über SIE erfahren und
003 Sm: über ihre Krankheit warum sie da sind. - und wenns
Sm: uns viel erzähl'n woll'n
004 Pm: mja. - ja mein Name ist B.P.
005 Pm: i bin 28 Jahr alt. - leide an colitis ulcerosa. - das
006 Pm: is/vor cirka vier Jahr is des auftreten. -

Der Student verbindet hier den Schritt "einleitende Information", den er in einer sehr verkürzten Form präsentiert mit der Einführung des neuen Gesprächstyps. Zuerst beschreibt er das Gesprächsziel: "*wir würden gern so/was über SIE erfahren und über Ihre Krankheit*" (002/3). Diese Beschreibung enthält eine allgemeine inhaltliche Orientierung und damit eine Reihe *indirekter Handlungsaufforderungen* an den Patienten, über sich, seine Krankheit und den Grund seines Spitalsaufenthalts zu erzählen. Anschließend fordert der Student den Patienten *explizit* dazu auf, viel zu erzählen (004). Damit eröffnet er ihm einen weiten, eigenständig zu gestaltenden Handlungsspielraum.

Der Patient handelt diese Einleitung sozusagen der Reihe nach ab: er erwidert die namentliche Vorstellung (004) und beschreibt sich über die objektiven Daten Name und Alter und über den medizinischen Fachausdruck seiner Krankheit. Dies entspricht seiner "institutionellen Definition". Daran anschließend initiiert er, korrespondierend zu der expliziten und weiten Erzählaufforderung, eine Darstellung seiner Krankheitsgeschichte. Mit der einleitenden Formulierung "*vor cirka vier Jahr is des auftreten*" (006) markiert er den Beginn eines längeren Redebeitrags, seiner "Geschichte", die er dann auch ausführt bzw. ausführen kann, da er im Wesentlichen nicht unterbrochen wird.

Diese korrespondierende Reaktion des Patienten zeigt, daß die vorangegangene umfassende Erzählaufforderung des Studenten seinen Informationsbedürfnissen entsprochen hat: er ist informiert worden, worüber er erzählen soll und daß eine längere, zusammenhängende Erzählung von ihm durchaus erwünscht ist.<sup>43</sup> Eine ähnliche Struktur hat die Erzählaufforderung des folgenden Gesprächs:

4-3/A
Sw: ja mein Name ist E.F. hahaha. ähnm. ja ich
001 Pw: ich heiße M.F.

<sup>43</sup> Ich verwende den Begriff "Erzählung" hier im weiten Sinne einer längeren diskursiven Einheit. Auf eine genauere Typologisierung dieser Patienten-"Erzählungen" werde ich in (9.3.1.1.) eingehen.

002 Sw: würd Sie eben bitten - möglichst genau zu erzähl'n
003 Sw: warum sie in ärztlicher Behandlung sind. - ja - wie das
Sw: begonnen hat und sich entwickelt hat.
004 Pw: ja begonnen hat das
Sw: mh. und wie alt sind sie jetzt?
005 Pw: schon vor - 26 Jahren. - da war ich 21. 47.
Sw: mh.
006 Pw: und mit 21 hab ich das erste Mal Beschwerden ghabt mit
007 Pw: dem Asthma nur hab i damals net gewußt daß es eines
Sw: mh.
008 Pw: is. nen? is ziemlich plötzlich gegangen. hab da

Die Studentin beginnt die Erzählaufforderung mit einer Bitte, genau zu erzählen. Die Formulierung "*warum Sie in ärztlicher Behandlung sind*" (003) engt das Gesprächsziel anfangs auf eine eher medizinisch orientierte Darstellungsweise ein. Durch die Weiterführung "*wie das begonnen und sich entwickelt hat*" (003/4) wird das Gesprächsziel wieder auf einen allgemeineren Bereich der Entstehungsumstände der Krankheit und deren Verlauf ausgeweitet. Diese Ausweitung enthält die für die Patientin wesentlichen Informationen, auf gesprächsorganisatorischer Ebene (sie soll möglichst genau erzählen) und auf inhaltlicher (von Anfang an). Diese Informationen benötigt sie für eine eigenständige Gestaltung einer detaillierten Schilderung des Beschwerdenverlaufs, also für ein korrespondierendes "psychosoziales Gesprächsverhalten". Auch hier zeigt sich, daß die Patientin sich sehr genau an die Handlungsaufforderungen der Studentin hält und ihren Redebeitrag direkt an deren Formulierung "*wie das begonnen ... hat*" (003/4) anknüpft.<sup>44</sup>

Diese zwei Textbeispiele zeigen, daß offen formulierte Beschreibungen des Gesprächsziels, die explizit formulierte Hinweise enthalten, wie und worüber erzählt werden soll und kann, die PatientInnen neben der allgemeinen Erzählaufforderung auch mit klaren Information über ihren *inhaltlichen Handlungsspielraum* und das von ihnen erwartete interaktive Verhalten versorgen. Diese erst ermöglichen es den PatientInnen mit der sprachlichen Handlung einer eigenständigen und ausführlichen Darstellung ihrer Beschwerden zu beginnen und sie auch weiter durchzuführen.

---

<sup>44</sup> Auf die Wirkungsweise von Unterbrechungen in der Phase der Beschwerdendarstellung, so wie sie hier stattfinden, werde ich in (9.3.1.) ausführlich eingehen.

### 9.2.2.2. Die unspezifische Erzählaufforderung

Die vorhandene Norm, ein psychosozial orientiertes Patienten-Gespräch mit einer offen und weit gestellten Frage zu beginnen, hat den Zweck, die PatientInnen in deren Redebeiträgen thematisch nicht einzuschränken. Die in der Technik der Anamneseerhebung nach (Morgan/Engel 1977) einleitende Regelformulierung lautet "Erzählen Sie mir, was Sie ins Spital geführt hat" (vgl. (5.2.3.)) und wird in diversen Realisierungsvarianten umgesetzt:

1-5/A	
004 Sw:	na ich möchte mich mit Ihnen ein bißl drüber
005 Sw:	unterhalten warum Sie da sind. können Sie mir
Sw:	ein bißl was erzähl'n?
006 Pm:	ja - na wo soll i anfangen.
007 Pm:	zur Zeit wies anfangen hat oder zur Zeit wo i da
Sw:	wieS wollen. na sagnS
008 Pm:	bin. ja - des kommt drauf an.
Sw:	mir amal - warum Sie jetzt da sind.
009 Pm:	ich bin da
010 Pm:	wegen ana chronischn Polyatrithis. also ich hab
011 Pm:	Schmerzn in den Gelenkn. bin aba voriges Jahr/-
012 Pm:	also eigentlich im sechs:-und:-achziger Jahr hot des
Pm:	begonnen-/muaß a bißl ausholn daß Sie wissn worums geht./
013	/ schnell /

Die Erzählaufforderung der Studentin entspricht propositional der Regelformulierung: "*können Sie mir ein bißl was erzähl'n (005/6) ... warum Sie da sind*" (005). Sie ist also durchwegs offen formuliert und enthält auch "gesprächs- und beziehungsfördernde" Ausdrücke wie "sich unterhalten" und "erzählen". Die Aufforderung "*warum Sie da sind*" (005) ist etwas spezifischer als die Regelformulierung "was Sie ins Spital geführt hat". Sie kann sich im Zusammenhang mit der Erzählaufforderung auf die Entstehungsgeschichte der Krankheit, aber auch auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt beziehen. Sie enthält also keine spezifischen inhaltlichen oder gesprächsorganisatorischen Orientierungshinweise für den Patienten.

Der Patient beginnt nicht erwartungsgemäß mit einer breiten Darstellung seiner Geschichte, sondern erkundigt sich danach, wo er anfangen solle (006), also nach seinem inhaltlichen Handlungsspielraum und nach dem sprachlichen Handlungsmuster, das von ihm erwartet wird. Sein Orientierungsdefizit besteht darin,

daß er zwar weiß, daß er "ein bißl" erzählen soll, er aber nicht genau weiß, in welchem Ausmaß und worüber (007), oder anders gesagt: er kann der Erzählaufforderung zwar entnehmen, daß es sich nicht um ein herkömmliches ärztliches Gespräch handelt, er kann ihr aber nicht entnehmen, um welchen alternativen Diskurstyp es geht und was von ihm erwartet wird.

Dem darauf folgenden offenen Hinweis der Studentin "wieS wollen" (008) scheint weiterhin die Gesprächsnorm "die PatientInnen zu Beginn thematisch nicht zu beeinflussen" zugrundezuliegen. Wiederum ist dieser Hinweis für den Patienten nicht ausreichend, er besteht auf einer expliziten und eindeutigen inhaltlichen Spezifizierung (009), auf die er dann auch mit der Darstellung seiner Beschwerdengeschichte beginnt.

Dieses Bedürfnis nach eindeutigen und spezifischen Handlungsaufforderungen ist meines Erachtens ein starker Hinweis auf eine vorhandene Sozialisierung in das herkömmliche medizinische Diskursmuster: PatientInnen sind nicht daran gewöhnt, im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs eigenständig verbal zu handeln und "Rederaum" in Anspruch zu nehmen, sondern sie sind darauf eingestellt, bestimmten Handlungsaufforderungen nachzukommen. Eigenständige erzählartige sprachliche Handlungen werden im herkömmlichen ärztlichen Gespräch im Normalfall durch Unterbrechen oder Ignorieren sanktioniert. Ähnliches passiert in folgendem Gespräch:

3-1/B

008 Sw: und jetzt würd ich Sie bitten daß Sie uns ein

009 Sw: bißchen schildern warum Sie hier sind - was Sie

Sw: für Beschwerden haben. also  
010 Pw: i hob ka Luft mehr kriagt.

011 Pw: net. bei Belastung hob i ka Luft mehr kriagt. do hob

012 Pw: i a Grippe ghobt - des is zirka vier Jahr jetzt her.

013 Pw: do hob i/- soll i des Ganze erzähl'n oder von Anfang

Sw: ganz wie Sie woll'n.  
014 Pw: an oder wie. do bin i zum Arzt

015 Pw: gangen. do hob i wahnsinnige Husten ghabt und des is

016 Pw: aba net bess'a wordn. Da hams mi Lungenröntgen (.....)

Die entsprechend der Regelformulierung gestaltete Erzählaufforderung der Studentin wird durch "warum Sie hier sind" (009) und den nachfolgenden Ausdruck "Beschwerden" (010) wiederum leicht spezifiziert. Damit wird von der Studentin sozusagen gleichzeitig eine Verlaufsschilderung und eine Zustandsbeschreibung ("warum Sie hier sind") gefordert, die aber jeweils unterschiedliche sprachliche

Handlungen notwendig machen. Diese ambige Information führt einen diskursiven "Mischtyp" ein und bringt die Patientin in ein Handlungsdilemma. Die Aufforderung, die aktuellen Beschwerden zu beschreiben, ist der Patientin aus herkömmlichen ärztlichen Gesprächen geläufig, nicht aber die Aufforderung zu "schildern". Sie kommt zuerst der Zustandsbeschreibung der Beschwerden nach (010-011). An der Übergangsstelle zur Verlaufsschilderung (013) unterbricht sie sich selbst und orientiert sich nachträglich über ihren verbalen Handlungsspielraum und die von ihr erwartete diskursive Einheit (013). Da sie schon mit der Geschichte begonnen hat, hat der explizite Hinweis der Studentin, daß sie sie so gestalten könne, wie sie wolle, für die Patientin hier die Funktion einer Ratifizierung ihres Verhaltens.

Wieder bestätigt sich, daß ausreichende Informationen eine hohe *Entlastungsfunktion* haben, und zwar sowohl für die PatientInnen als auch in der Folge für die StudentInnen: die PatientInnen, die über den neuen Diskurstyp und die erwartete Diskurseinheit informiert sind, können sich auf die inhaltliche Gestaltung ihrer Beschwerdendarstellung konzentrieren, die StudentInnen können die Realisierung einer solchen Beschwerdendarstellung erwarten und ihre Aufmerksamkeit auf die Tätigkeit des Zuhörens richten. Zu wenig informierte PatientInnen müssen dagegen primär gesprächsorganisatorische Arbeit leisten, was erstens auf Kosten des Inhalts geht und zweitens Kommunikationsprobleme auslöst, die wiederum interaktiv bearbeitet werden müssen, um den weiteren Gesprächsverlauf zu sichern.

Die in der Technik der Anamneseerhebung nach (Morgan/Engel 1977) einleitende Regelformulierung "Erzählen Sie mir, was Sie ins Spital geführt hat" enthält nur einen indirekten und unspezifischen Hinweis für die PatientInnen, daß es um die Verlaufsdarstellung der Krankheitsentstehung gehen soll. Aufgrund der Indirektheit geht diese Information, wie sich zeigt, in den Realisierungsvarianten der StudentInnen sehr leicht verloren. Als *prototypischer Verhaltensvorschlag* für Lernende ist diese Regelformulierung daher nicht geeignet.

Da sich außerdem gezeigt hat, daß PatientInnen aufgrund ihrer Krankenhaussozialisation in der für sie ungewohnten Situation besonders auf explizite gesprächsstrukturelle und gesprächsorganisatorische Informationen angewiesen sind, ist zudem anzunehmen, daß diese Regelformulierung von ihrem indirekten Informationsgehalt her nur ausreichend ist, wenn PatientInnen schon Erfahrung mit psychosozialer Gesprächsführung von seiten der sie behandelnden ÄrztInnen haben.

In diesen beiden Fällen ist das Informationsdefizit der PatientInnen durch nachträgliche explizite inhaltliche und gesprächsorganisatorische Orientierungen der StudentInnen lokal aufgearbeitet worden. Dies macht deutlich, daß solche Orientierungen nicht in falsch verstandener Weise mit einer thematischen Beeinflussung gleichzusetzen sind und die PatientInnen überfordert sind, wenn sie diese inhaltlichen und gesprächsorganisatorischen Informationen nicht erhalten.

Wenn diese nachträgliche Klärung nicht erfolgt oder die Aufarbeitung nicht gelingt, bleibt das *Orientierungsdefizit* im gesamten nachfolgenden Gespräch wirksam:

3-5/A

Sw: erzähl'n Sie mir einfach  
001 Pw: warum i herkommen bin?

002 Pw: interessiert Sie des Alter - wie alt daß ich bin?

Sw: ja - wenn Sie mirs freiwillig sagen.  
003 Pw: oder guat. ich bin 47 Jahre

Sw: mhm. mhm  
004 Pw: - - leide seit längerer Zeit unter Bluthochdruck.

Die Studentin eröffnet das Gespräch mit der inhaltlich völlig unspezifizierten Aufforderung "erzähl'n Sie mir einfach" (001). Die Patientin beginnt nicht "einfach" mit einer Erzählung, sondern versucht sich zu orientieren, worum es gehen soll und was von ihr erwartet wird (001/2). Die Studentin bezieht sich in ihrer Antwort "wenn Sie mirs freiwillig sagn" (003) auf den Inhalt der Patienten-Frage, sie geht nicht auf das der Frage zugrundeliegende Orientierungsdefizit der Patientin ein. Diesem Verhalten scheint ebenfalls die Gesprächsnorm "die PatientInnen zu Beginn thematisch nicht zu beeinflussen" zugrundezuliegen. Die Patientin bewältigt dieses nicht aufgearbeitete Orientierungsdefizit, indem sie auf die ihr bekannten Muster aus der herkömmlichen Arzt-Patienten-Kommunikation zurückgreift: sie bietet eine knappe, stellenweise telegrammstilartige, somatisch-orientierte Zusammenfassung von Krankheitsbeginn, Einweisung, Diagnose und Therapie:

3-5/A

Sw: mhm - am  
005 Pw: - - am Sonntag is ma sehr mieß wordn

Sw: letzt'n Sonntag jetzt  
006 Pw: ja - mußte den Notdienst

007 Pw: verständign. (.....) Einweisung in a Spital.

008 Pw: - bin i daHER komman - die ham sich gleich gstürzt

009 Pw: über mich - gleich (.....). ham festgestellt daß

010 Pw: ich Übergewicht hab - des wußt ich eh selbst. - na

011 Pw: und jetzt gehts so weiter. jetzt mach ich halt die

Sw: mhm  
012 Pw: Behandlung - bekomm täglich die Pulver Diät - und

Sw: /kurz auf die Schnelle/  
013 Pw: des is eh alles. najo:  
/ lacht /

Die abschließende Bemerkung "des is eh alles" (013) deutet darauf hin, daß sich die Patientin aufgrund der für sie nicht identifizierbaren Erwartungen an sie als Interaktantin nicht wohlfühlt und das Gespräch lieber als beendet sähe. Die Studentin kommentiert die Kürze dieser Darstellung (013), die in einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch den Erfahrungen der Patientin nach als durchaus positiv bewertet würde. Damit deutet die Studentin der Patientin an, daß dies hier nicht erwartet würde, gibt ihr aber wiederum keine andersgearteten Informationen. Die knappe, geschlossene Darstellung der Patientin enthält naturgemäß kaum psychosozial relevante Informationen oder Erlebensbeschreibungen. Da solche thematisch anschließfähigen Informationen für eine weiterführende Vertiefung aber unbedingt notwendig sind, deutet sich das nächste, durch das Orientierungsdefizit verursachte Kommunikationsproblem schon an. Das Gespräch endet nach 14 Minuten schließlich folgendermaßen:

3-5/A

Sw: mhm. - - gut.  
143 Pw: sind Sie zufrieden mit meinem Gestoppel da-

Sw: sind Sie sonst vor=  
Pw: wemma nicht vorbereitet is - und nervös.  
144 /lacht /

145 Sw: bereit wenn Sie zu einem Arzt gehn und mit ihm sprechn?

146 Pw: wann i mim Arzt sprich.da brauch i mit sonstniemand redn.

Sw: Sie redn jetzt a nur mit mir.  
147 Pw: najo- des is ganz was andres.

Sw: warum?  
148 Pw: na wenn i zum Arzt geh waß i - des und des - aber i

Sw: nur ganz  
149 Pw: hab net gwußt - was Sie mich fragen wollen.

Sw: normale Sachn. guat. okay.  
150 Pw: jo.

In diesem kurzen Nachgespräch wird deutlich, daß sich das Orientierungsdefizit für die Patientin durch das gesamte Gespräch hindurch aufrechterhalten und sie nervös und befangen gemacht hat. Mit "da brauch i mit sonst niemand reden" (146) und "des is ganz was anderes" (147) thematisiert sie auch die für sie fremde Gesprächssituation, über die sie in der Anfangsphase keine einleitenden Informationen erhalten hat. Diese explizite Befindensbeschreibung macht deutlich, daß die Patientin diesem Gespräch ziemliche Bedeutung beigemessen hat, ihr also nicht klar war, daß es sich "nur" um eine Ausbildungs- bzw. Übungssituation gehandelt hat. Zudem war für sie während des gesamten Gesprächs das Gesprächsziel selbst und der

Unterschied zu einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch nicht erkennbar und die Erwartungen an sie nicht identifizierbar.

Wie schon in (7.2.3.) ausgeführt, macht die Verwendung der Begriffe "nervös" und "nicht vorbereitet" deutlich, daß die Patientin das Gespräch aus den genannten Gründen vorrangig als *Prüfungssituation* erfahren hat. Die bisherigen Analyseergebnisse deuten insgesamt darauf hin, daß die PatientInnen glauben, etwas Besonderes leisten zu müssen. Da aufgrund dieser spezifischen situativen Bedingungen in der Anfangsphase der Gespräche ein so hohes Maß an präventiven gesprächsorganisatorischen Handlungen notwendig wird, stellt sich ganz prinzipiell die Frage, ob diese künstlich aus dem Stationsalltag herausgelöste Gesprächssituation für die Durchführung psychosozialer Anamnesegespräche überhaupt geeignet ist. Auf diese Frage werde ich in den weiteren Analysen noch mehrfach zurückkommen (vgl. (9.4.), (9.5.), (10.1.1.)).

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine *unspezifische, offene Erzählaufforderung* alleine nicht die Aufgabe erfüllen kann, das Gesprächsziel "psychosoziales Gespräch" einzuführen und es für die PatientInnen eindeutig erkennbar zu machen. Es gilt zu berücksichtigen, daß PatientInnen aufgrund ihrer Sozialisation in den medizinischen Diskurs auf zusätzliche eindeutige Informationen angewiesen sind. Wenn diese nicht erfolgen, sind von Anfang an die Grundbedingungen für ein psychosoziales Gespräch nicht hergestellt worden. Das Ergebnis ist, daß die PatientInnen verunsichert und in bezug auf das von ihnen erwartete sprachliche Handeln desorientiert bleiben.

### 9.2.2.3. Die offene Frage

Einige StudentInnen beginnen die Gespräche mit einer offenen Frage nach dem Grund des Krankenhausaufenthaltes.

2-5/A

000 Sm: so Frau R. - warum sind Sie eigentlich ins

Sm: Krankenhaus gekommen?

001 Pw: na ich hab eine Eierstockzyste

002 Pw: - gehabt und ein Myom an der Gebärmutter. Und ich

003 Pw: bin operiert am /Datum/ und des is alles negativ.

Im Unterschied zur unspezifischen Erzählaufforderung enthält eine solche offene Frage auch keine explizite Aufforderung, zu erzählen, von weiteren spezifischen Informationen zum Diskurstyp "psychosoziales Gespräch" ganz zu schweigen. Da kein anderes Gesprächsziel formuliert wurde, reagiert die Patientin mit einer knappen, somatisch-orientierten Darstellung des Krankenhausaufenthaltes und nennt

Diagnose, Operationstermin und Befundergebnisse. Sie setzt auch nicht mit einer Erzählinitiative fort, sondern wartet darauf, weiter gefragt zu werden.

Auch in diesem Gespräch finden sich übrigens Hinweise darauf, daß die Patientin sich aufgrund der unzureichenden situativen und gesprächsorganisatorischen Informationen nicht wohlfühlt und sich einer Prüfungssituation ausgesetzt fühlt:

2-5/A

110 Pw: wann i aufgereggt bin red i noch schlecht deutsch.

Sm: sinds aufgereggt jetzt? na es is  
111 Pw: ja. bin aufgereggt.

Sm: aber nicht - is kein großer Grund zum Aufregen.  
112 Pw: bin

Sm: Sie ham dann sofort in /Ort/ anfangen  
113 Pw: bißl aufgereggt.

114 Sm: zu arbeiten?

Die Patientin thematisiert explizit ihr Aufgereggt-Sein. Der Student beruhigt sie, geht aber nicht auf den Grund dieser Aufregung ein, sondern greift das vorangegangene Thema "Beruf" wieder auf. Eine auf das Befinden der Patientin eingehende Äußerung könnte eine nachträgliche Aufarbeitung und Klärung von Orientierungsdefiziten ermöglichen. Hier sei vorausgreifend erwähnt, daß ein Aufgreifen solcher expliziter Befindensbeschreibungen von PatientInnen auch Ausdruck einer psychosozialen Haltung ist (vgl. dazu (9.4.1.)). Daß PatientInnen auf eine einleitende offene Frage systematisch mit dem ihnen bekannten Handlungsmuster reagieren, zeigt sich in einem weiteren Gespräch:

2-1/A

001 Sm: also - äh ja i möcht sie fragen warum sein sie eigentlich

Sm: da?  
002 Pw: ich BIN jetzt hier/ nein verschiedene/ also

Sm: ja.  
003 Pw: hauptsächlich wegen Aszites. und ich hab ein sehr

Sm: mh. ja. und wie lang?  
004 Pw: schweres Herzleiden. - - den

Der Student leitet die offen formulierte Frage nach dem Grund des Krankenhausaufenthalts mit "*i möcht Sie fragen*" (001) ein. Damit etabliert er die herkömmliche Rollenverteilung des fragenden Arztes/Medizinstudenten und der antwortenden Patientin, was die Nähe zum herkömmlichen ärztlichen Diskurs verstärkt. Wie im vorigen Textbeispiel reagiert die Patientin mit einer knappen Nennung ihrer "Diagnosen" (002/4). Danach wartet sie, gefragt zu werden.

Eine reine offen einleitende Frage, die keine explizite Erzählaufforderung enthält und auch sonst keine Hinweise auf einen alternativen Diskurstyp, kann von den PatientInnen aufgrund ihrer Krankenhaussozialisation und im Rahmen dieser Gesprächssituation nicht als offene Erzählaufforderung wahrgenommen werden, sondern nur als Einleitung des Diskurstyps "herkömmliches ärztliches Gespräch". Eine solche offene Frage unterbindet daher aktives, erzählendes Verhalten der PatientInnen und fördert ein abwartendes, reaktives. Dieses wiederum führt zu einer vermehrten Frageaktivität von seiten der StudentInnen und etabliert damit von Anfang an die herkömmliche Arzt-Patienten-Rollenverteilung.

Diese fehlende Klärung und Etablierung eines gemeinsamen Gesprächsziels führt im eben zitierten Gespräch dazu, daß die Patientin das Gesprächsziel "herkömmliches Anamnesegespräch" verfolgt, der Student das Gesprächsziel "psychosoziales Anamnesegespräch". Da diese beiden Gesprächsziele unvereinbar sind, entstehen im Laufe des Gesprächs massive Kommunikationsprobleme:

2-1/A

Sm: Sie waren verheiratet? oder?

183 Pw: nana. i hab nie gheirat. -

Sm: aja.

184 Pw: des is in meinem Beruf a Luxus. na des

Sm: - ja:

185 Pw: hat aber mit der Anamnese nix ztuan. DOCH?

Sm: ich denk schon ja. ja. - weil - es

186 Pw: ja glauben Sie schon?

187 Sm: geht ja - darum Sie da als Person zu erfassen und net/net

Sm: nur ihre/ihre Krankheiten. des/des - nicht?

188 Pw: AHA. (.....) naja sicher.

Das Gespräch ist von Anfang an von einer starken Frageaktivität des Studenten gekennzeichnet, die sich auch auf die Lebensumstände der Patientin erstreckt. In (184) stellt die Patientin diesen Gesprächsverlauf explizit in Frage. Damit wird deutlich, daß sie bisher das Gesprächsziel "herkömmliches Anamnesegespräch" verfolgt hat und den Sinn der Fragen des Studenten nach ihrem "Privatleben" nicht nachvollziehen kann. Aufgrund dieser expliziten Verweigerung ist der Student genötigt, das von ihm verfolgte Gesprächsziel zu formulieren (186/8). Da dies aber erst in der Mitte des Gesprächs passiert und der Student in der Folge bei seiner "Interview-Technik" verbleibt, muß dieses Gespräch insgesamt als "verunglückte" Kommunikation bezeichnet werden.<sup>45</sup>

<sup>45</sup> Zur Klarstellung möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, daß diese "Interviewtechnik im psychosozialen Bereich" des Studenten mit einem genuinen psychosozialen Patienten-Gespräch natürlich wenig zu tun hat; sie resultiert aus der ungeklärten Anfangsphase des Gesprächs, die ihn in die Position des Fragenden gebracht hat, und aus seiner Vorstellung, im Rahmen eines

### 9.2.2.3. Geschlossene Fragen und Mischformen

In manchen Gesprächen realisieren die StudentInnen die Erzählaufforderung in Form von geschlossenen Fragen. Aufgrund der Tatsache, daß die Teilnahme an der Lehrveranstaltung freiwillig ist, bei den StudentInnen also eine positive Haltung gegenüber patientenzentrierter Gesprächsführung zugrundegelegt werden kann, müssen diese Realisierungsformen primär auf mangelnde Erfahrung mit psychosozialen Patienten-Gesprächen und ein fehlendes sprachliches Repertoire zur Bewältigung dieser sensiblen Anfangssituation zurückgeführt werden.

2-4/B

003 Sm: ja - wir sind eine Anamnesegruppe wo ma versuchen - ah

Sm: Vorgeschichten von Patienten und Patientinnen zu erheben.  
004 Pw: mhm

Sm: weil mir das lernen möchten. mi würde sehr interessieren  
005 Pw: mhm

006 Sm: also ob Sie/-ah - sind Sie das erste Mal jetzt eingewiesen

Sm: worden auf die Gynäkologie?  
007 Pw: ich bin selbst gegangen.

Nach der einleitenden Information (003-005) (vgl. (9.2.1.)) gerät der Student in Textplanungsprobleme. Auf die Formulierung "*mi würde sehr interessieren also ob*" (005/6) muß syntaktisch eine spezielle thematische Vorgabe erfolgen, was der psychosozialen Gesprächsnorm, die PatientInnen thematisch nicht zu beeinflussen, widerspricht. Deshalb bricht er die Formulierung ab und "rettet" sich in eine geschlossene Frage (006/7), die durchaus eine Einstiegsfrage aus einem herkömmlichen Anamnesegespräch auf einer gynäkologischen Station sein könnte.<sup>46</sup> Die Patientin beantwortet diese Frage, erwartungsgemäß ohne eine weitere Darstellung anzuschließen.

Die Gründe für diese Form der Bewältigung sind komplex: der Student hat aus mangelnder Erfahrung anscheinend keine sprachlichen Routinen zur Formulierung einer offenen Erzählaufforderung zur Verfügung, der Gesprächsanfang ist eine komplexe und schwierige Interaktionssituation, Kommunikationsprobleme an dieser Stelle sind besonders heikel. Der Student bewältigt diese ihn überfordernde Situation, indem er auf ein ihm bekanntes Diskursmuster zurückgreift.

An diesem Textbeispiel zeigt sich auch, daß eine einleitende Information zur Gesprächssituation keine Garantie dafür ist, daß auch der Rest des Gesprächs so-

---

psychosozialen Gesprächs "umfassende Informationen" über die PatientInnen erheben zu müssen. Darauf werde ich in (9.3.2.) ausführlich eingehen.

<sup>46</sup> Eine prototypische Einstiegsfrage von Anamnesen ist, entsprechend dem Ablaufschritt 'frühere Krankenhausaufenthalte', z.B. "Sind Sie das erste Mal bei uns im Krankenhaus?" (vgl. Hein et al. 1985).

zusagen "von alleine" läuft und der Schritt der Erzählaufforderung vernachlässigt werden kann. Diese beiden Schritte sind funktional verschieden: Der Schritt der einleitenden Information erfüllt die Funktion einer allgemeinen situativen Orientierung, der Schritt der Erzählaufforderung erfüllt eine spezifische gesprächsorganisatorische Funktion. Deshalb erfordert jeder Gesprächsschritt eine aktive und reflektierte Bewältigung.

Verkürzte, unspezifische, offen und geschlossen *einleitende Mischformen*, die ebenfalls als einleitende Realisierungsvarianten auftreten, müssen daher zwangsläufig zu konversationellen Problemen führen:

1-4/B

001 Sw: ich werde heute ein Gespräch mit Ihnen führn - so

002 Sw: ganz allgemein - warum Sie da sind: - - obs wissn

Sw: wie langs noch dableibm -  
003 Pw: na des waß i no net. i hab

Sw: mhm. und weswegn - sind  
004 Pw: morgn erst den Operationstermin.

Sw: Sie hergekommen? mhm. und  
005 Pw: wegn a Brustoperation.

Sw: weswegn?  
006 Pw: ja des sind zwei Knotn in der Brust und: -

007 Pw: die müssn entfernt werd'n und: - während der

008 Pw: Operation wird ma dann schau'n

Die Studentin versucht in ihrer einleitenden Formulierung alle Kommunikationsaufgaben zu bewältigen: sie informiert über einen Teil des Settings ("ich werde ... ein Gespräch mit Ihnen führn" (001)), definiert den Diskurstyp 'psychosoziales Gespräch' ("so ganz allgemein" (002)) und präsentiert einen Teil der einleitenden Regelformulierung ("warum Sie da sind:" (002)), ohne Erzählaufforderung. Da sie diese Einleitung intonatorisch nicht abschließt ("sind:" (002)), übernimmt die Patientin, aufgrund mangelnder Informationen und ohne explizite Erzählaufforderung, trotz der gesprächsstrukturellen Möglichkeit der längeren Pause ("sind: - -" (002)) noch nicht das Rederecht.

Die Studentin macht ein weiteres "allgemeines" Themenangebot: "obs wissn wie langs noch dableiben" (002/3). Diese indirekte Frageformulierung ist für die Patientin die erste erkennbare Handlungsaufforderung. Sie interpretiert sie als direkt und geschlossen gestellte Informationsfrage und beantwortet sie entsprechend (003). Dies führt dazu, daß die Studentin eine weitere Frage stellen muß. "und weswegn - sind Sie hergekommen?" (004/5) ist zwar eine offene Frage, allerdings ohne explizite Erzählaufforderung. Wie oben ausgeführt, bewirkt diese eine knap-

pe, medizinisch-orientierte Patienten-Antwort ("wegn a Brustoperation" (005)), was sich anschließend nochmals wiederholt. Hier zeigen sich ganz deutlich die durchwegs systematisch erfolgenden Wechselwirkungen.

### 9.2.3. Zusammenfassung

Der Gesprächsanfang hat sich als eine sehr sensible und konflikträchtige Interaktionsphase erwiesen. Die Hauptfunktion dieser Phase ist es, die PatientInnen mit ausreichenden und patientenorientierten Informationen zu versorgen. In den Analysen zeigte sich, daß das Informationsbedürfnis der PatientInnen aufgrund der ihnen fremden Gesprächssituation und des für sie ungewohnten Diskurstyps "psychosoziales Gespräch" besonders groß ist. Zugleich erleben sie diese Gesprächssituation vorrangig als Prüfungssituation. Dies macht einen sehr bewußten Umgang mit den Erwartungen und Informationsbedürfnissen der PatientInnen erforderlich.

Im ersten Teil des Gesprächsanfangs, dem *Schritt der "einleitenden Informationen"*, bestehen die notwendigen Informationen aus ausreichenden Erklärungen zum Zweck der Lehrveranstaltung und der Funktion der Gesprächsführenden und der ZuhörerInnen, um diese spezielle Situation für die PatientInnen transparent zu machen. Da PatientInnen im herkömmlichen Krankenhausalltag über die jeweiligen situativen Bedingungen und Funktionen im allgemeinen nicht orientiert werden, ist dieser Schritt alleine schon Ausdruck einer patientenzentrierten Haltung. Er zeigt den PatientInnen, daß sie in ihren Informationsbedürfnissen wahrgenommen werden und entlastet sie davon, sich eigene Theorien zu der für sie fremden Situation und zu den möglichen Erwartungen an sie bilden zu müssen. Zudem muß berücksichtigt werden, daß die Krankenhaussozialisation dazu führt, daß PatientInnen ihnen unklare Situationen prinzipiell nicht hinterfragen, sondern auf Handlungsaufforderungen warten. Diese Informationen sind sozusagen die Grundbedingungen für die Herstellung einer patientenzentrierten Gesprächsatmosphäre. Dies gilt natürlich in ganz besonderem Maße für die Gesprächssituation in der Anamnese-Gruppe, die den PatientInnen vollkommen fremd ist.

In den in den Anamnesegruppen stattfindenden Gesprächen ist die patientenzentrierte Situationsinformation kein selbstverständlicher Bestandteil. Zudem zeigen die Analysen, daß diese Information, so sie auftritt, von sehr unterschiedlicher patientenbezogener Qualität ist. Die daraus resultierende Forderung ist, daß der Schritt der "einleitenden Information" zu einem unabdingbaren und sehr bewußt auf die Informationsbedürfnisse der PatientInnen hin gestalteten Bestandteil der Gespräche werden muß.

Der zweite Teil des Gesprächsanfangs ist der *Schritt der "Erzählaufforderung"*. Die in ihm enthaltenen Informationen dienen der Einführung des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch", der gemeinsamen Klärung des Gesprächsziels und der Aufforderung an die PatientInnen, ihre Erzählung zu beginnen. Diese gesprächsorganisatorischen Informationen sind notwendig, um das Gespräch für die

PatientInnen eindeutig erkennbar von einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch abzugrenzen und sie über das von ihnen erwartete sprachliche Handeln zu orientieren.

Wie die Analysen zeigen, muß dieser Schritt eine eindeutige Orientierung über das Gesprächsziel und seine allgemeinen Inhalte sowie eine explizit formulierte Erzählaufforderung beinhalten. Diese eindeutige und explizite Information ist notwendig, um der bei den PatientInnen stattgefundenen Sozialisierung in den medizinischen Diskurs entgegenzuwirken und ermöglicht es ihnen, ihre Erwartungen und ihr Sprachverhalten an dem gemeinsam etablierten Gesprächsziel zu orientieren. Eine mangelhafte oder fehlende inhaltliche Orientierung und/oder zu wenig explizite oder zu unspezifische Erzählaufforderungen führen systematisch nachweisbar dazu, daß die PatientInnen entweder primär gesprächsorganisatorische Arbeit leisten müssen, um ihr Informationsdefizit zu decken, was auf Kosten der inhaltlichen Darstellung geht, oder daß sie aufgrund dieses Informationsdefizits auf das ihnen bekannte Muster des herkömmlichen ärztlichen Gesprächs zurückgreifen, knappe, somatisch-orientierte Krankheitsdarstellungen geben, nicht erzählen oder Fragen und Themen, die darüber hinausgehen, als nicht angebracht beurteilen.

In diesem Zusammenhang hat sich die in der Technik der Anamneseerhebung nach (Morgan/Engel 1977) *einleitende Regelformulierung* "Erzählen Sie mir, was Sie ins Spital geführt hat" als prototypischer Verhaltensvorschlag für Lernende als nicht geeignet herausgestellt. Die darin enthaltene indirekte und unspezifische Information für die PatientInnen, daß es um die Darstellung des Beschwerdenverlaufs gehen soll, geht in den Realisierungsvarianten der StudentInnen aufgrund der Indirektheit leicht verloren, was regelmäßig zu Kommunikationsproblemen führt. Allgemein ist diese Regelformulierung von ihrem indirekten Informationsgehalt her zur Etablierung des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch" nur ausreichend, wenn PatientInnen schon Erfahrung mit psychosozialer Gesprächsführung von seiten der sie behandelnden ÄrztInnen haben.

Das vor allem aus der Literatur zur therapeutischen Kommunikation bekannte Phänomen, daß sich Anfangsschwierigkeiten im weiteren Verlauf der Gespräche nicht auflösen, sondern zu eskalierenden Wechselwirkungen führen (Becker 1984, Wilke/Jochens 1987, Streeck 1989), zeigt sich auch in den vorliegenden Student-Patienten-Gesprächen: mangelnde Information und Abklärung des Gesprächsziels führen zu einer abwartenden Haltung der PatientInnen, zur Verstärkung des Prüfungseffektes und zu wenig eigenständigen, psychosozial relevanten Informationen von ihrer Seite; dies fördert die Frageaktivität der StudentInnen, vor allem auch im psychosozialen Bereich, was wiederum die PatientInnen noch weiter verstummen läßt, usw. Solche Wechselwirkungen verhindern auch das Entstehen einer patientenbezogenen Gesprächsatmosphäre. Ohne entsprechende Erfahrung und ohne Bewußtmachung und Reflexion können derartige subtile Vernetzungen nicht erkannt werden. Aus diesem Grund haben die StudentInnen auch kein sprachliches Verhaltensrepertoire, um sich abzeichnenden kommunikativen Störungsprozessen entgegenzuwirken, die deshalb nicht bewältigt werden können

Diese weitreichenden Konsequenzen, auf die ich in den folgenden Analysen noch im Detail eingehen werde, sind auch der Grund, warum ich der Anfangsphase der Gespräche solch breiten Raum gewidmet habe.

### **9.3. Die Beschwerdenerzählung**

Die Darstellungen der PatientInnen, die auf die Erzählaufforderung folgen, sollen nach Morgan/Engel (1977) einen allgemeinen Überblick über die verschiedenen Beschwerden, die ihnen wichtig sind, und deren Verlauf und Entwicklung geben. Wenn PatientInnen die Möglichkeit haben, frei und in ihren Worten erzählen zu können, äußern sie sich auch über begleitende Lebensumstände, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen und weitere erlebensrelevante Ereignisse. Diese psychosozial relevanten Informationen vervollständigen den ersten Eindruck, den die ÄrztInnen/StudentInnen von der Person des Patienten/der Patientin erhalten. Aus diesen Gründen gilt es, diese Darstellungen von den PatientInnen zu Ende führen zu lassen und sie nicht durch zu frühes Nachfragen zu unterbrechen. Anschließende Fragen und thematische Vertiefungen sollen an den Themen, die von den PatientInnen eingeführt worden sind und an den von ihnen verwendeten Begriffen anknüpfen und das Bild des Patienten/der Patientin sukzessive vervollständigen.

Im folgenden möchte ich zuerst auf den Begriff "Erzählung" eingehen, der allgemein für diese diskursive Einheit der Beschwerdendarstellung verwendet wird (9.3.1.1.). Die anschließende Analyse gliedert sich in zwei Teile: Im ersten Teil möchte ich untersuchen, wie die StudentInnen das von den PatientInnen geforderte oder erwartete Erzählverhalten fördern und stützen bzw. auch behindern und erschweren (9.3.1.2.). Im zweiten Teil möchte ich auf die Möglichkeiten und natürlich vor allem auf die Probleme bei der interaktiven Weiterführung der Patientendarstellungen eingehen (9.3.2.).

#### *9.3.1. Der Beschwerdenbericht*

##### **9.3.1.1. Zum Begriff Patienten-Erzählung**

Die Bezeichnung "Patienten-Erzählung" wurde bisher in einem weiten, eher umgangssprachlichen Sinne als Bezeichnung für eine ausführliche und eigenständige Darstellung der PatientInnen zu ihren Beschwerden, deren Entstehung und deren Verlauf verwendet. Im engeren, linguistischen Sinne werden unter konversationellen Erzählungen speziell strukturierte, komplexe sprachliche Handlungen verstanden, die kommunikativ vielfältige Funktionen wie Selbstdarstellung, Unterhaltung, Erklärung oder Belegfunktion (vgl. Scott/Lyman 1976) erfüllen können und die

von den SprecherInnen im Interaktionsverlauf selbst initiiert werden (vgl. dazu Quasthoff 1980, Wodak 1981 und die dort jeweils diskutierte Literatur sowie Ehlich 1980, Rehbein 1984, Kallmeyer 1986).

In den von mir untersuchten Gesprächen bzw. in psychosozial orientierten ärztlichen Gesprächen allgemein, werden die PatientInnen zu Erzählungen aufgefordert. Solche fremdinitiierten Erzählungen haben nach Quasthoff (1980) im Gegensatz zu selbstinitiierten Erzählungen primär Informationsfunktion. Deshalb werden sie texttypologisch den Formen des *Berichtens* zugeordnet (Quasthoff 1980:156).<sup>47</sup>

Typisch für *Erzählungen* ist, daß sie auf einen Höhepunkt hin ausgerichtet sind; dieser Höhepunkt bestimmt die Reihenfolge und den Wiedergabewert der erzählten Geschehnisse, die Hinweise auf Details dienen der Charakterisierung und der Kontrastierung, nicht der vollständigen Information (Rehbein 1980:83, Quasthoff 1982:128). Im Gegensatz dazu sind *Berichte* nach Rehbein (1980:83) von einem Resultat her organisiert. Für den Fall der Patienten-Gespräche wäre dies die aktuelle Krankheitssituation. Die zu diesem Resultat berichteten Geschehnisse werden in sinnvoller Auswahl und in logischer Reihenfolge dargestellt, bestimmte Ereignisse werden zusammengefaßt und Informationen werden vollständig gegeben. Rehbein (1980) betont, daß die Wiedergabe dieser Geschehnisse jedoch keineswegs unbewertet oder "neutral" erfolgt, sondern daß sie vom Blickpunkt des Resultats, von dem aus berichtet wird, kategorisiert und eingeschätzt werden.

Im folgenden möchte ich eine, für die von mir untersuchten Gespräche typische, von dem gesprächsführenden Studenten initiierte "Patienten-Erzählung" auf ihre Struktur hin untersuchen.

4-1/B

002 Sm: und wir würden gern so/was über SIE erfahren und

003 Sm: über ihre Krankheit warum sie da sind. - und wenns

Sm: uns viel erzähl'n woll'n

004 Pm: mja. - ja mein Name ist B.P.

005 Pm: i bin 28 Jahr alt. - leide an Colitis ulcerosa. - das

006 Pm: is/vor cirka vier Jahr is des auftreten. - so Ende

007 Pm: 85 Anfang 86. i muß sogn i hab des von an Tag auf'n andern

008 Pm: ghabt. so wie ma si an/ an Schnupfen eigentlich

009 Pm: zuaziagt. - des is so im September auftreten. 1985. -

<sup>47</sup> Für die Fragestellungen meiner Arbeit ist diese relativ grobe Zuteilung ausreichend; eine differenzierte texttypologische Klassifizierung der Patienten-"Erzählungen" in psychosozial orientierten Gesprächen im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht, Krankenhauserfahrung und Krankheitsbild wäre jedoch sicherlich eine interessante Aufgabe weiterer Forschung.

Der Student initiiert durch eine entsprechende Aufforderung die folgende Beschwerdendarstellung des Patienten: Der Patient stellt sich vor und nennt zuerst die Beschwerden, die der Grund für den aktuellen Krankenhausaufenthalt sind (005). Davon ausgehend beginnt er eine am zeitlichen Verlauf orientierte Darstellung der Krankengeschichte. Den Beginn dieser Darstellung markiert er durch die Nennung eines Zeitraums bzw. eines konkreten Zeitpunkts ("vor cirka vier Jahr" (006), "85 Anfang 86" (007)).

Die Nennung der aktuellen Beschwerden bzw. des aktuellen Krankheitsbildes in (005) entspricht dem *Resultat*, von dem ausgehend eine Verlaufsschilderung initiiert wird. Über die *zeitliche Markierung* erfolgt eine inhaltliche und gesprächsorganisatorische Orientierung, daß ab nun eine längere diskursive Einheit, nämlich eine Verlaufsdarstellung geplant ist und schon realisiert wird. In (007) erweitert der Patient seine Erzählung und bewertet die Unmittelbarkeit des Auftretens aus rückblickender Perspektive. Vorausgreifend sei hier erwähnt, daß diese umfangreiche *Bewertungshandlung* an dieser frühen Stelle der Schilderung ein Hinweis darauf ist, daß er sich seiner Rolle als Sprecher schon "sicher" ist. Auf diese Sprecherrollen-Verteilung werde ich noch ausführlich eingehen. Der weitere Verlauf der Darstellung ist durch regelmäßig auftretende, *zeitlich bezogene Gliederungsmerkmale* gekennzeichnet, die der Linearisierung der Darstellung und der begleitenden interaktiven und inhaltlichen Orientierung der InteraktantInnen dienen (Quasthoff 1982):

- |022 Pm: des ganze gwesn. - ah - bin dann no a Wochen daham |
- |023 Pm: gwesen cirka. des is wirklich immer ärger worden. und |
- |024 Pm: dann hab i so an Dippel auf mei/ auf der Seiten da |
- |025 Pm: außè kriagt. dann bin i zu meim Hausarzt gängen. - na  
\*\*\* |
- |069 Pm: und vor cirka an Jahr - fahr i in die Firma eine. - |
- |070 Pm: aufamal so a komisch Gfühl im Bauch. geht des |
- |071 Pm: wieder los hab i ma denkt. sofort wieder auf die  
\*\*\* |
- |084 Pm: immer schlechter worden. - vor drei Monat hab i dann |
- |085 Pm: mit an Meisterprüfungskurs anfangt. da war i a bißl im |
- |086 Pm: Streß des ganze/ und gegang Schluß eben is des immer |
- |087 Pm: ärger worden. - und vorige Wochen Montag - hab i dann |
- |088 Pm: a so an Kreislaufkollaps ghabt. hams mi mit der Rettung |

089 Pm: auf /Ort/ ins Spital geführt. und von dort bin

Sm: mh.  
090 Pm: i dann eigentlich wieder da her kommen. da hams

Diese Gliederungsmerkmale zeigen eine vom zeitlichen Verlauf her völlig *chronologische Darstellung* der Beschwerdenentwicklung vom ersten krankheitsrelevanten Zeitpunkt vor vier Jahren bis zum aktuellen Krankenhausaufenthalt, also bis zum Resultat. Nach der Schilderung der momentan stattfindenden Untersuchungen und der momentanen Therapie beendet der Patient seinen Beschwerdenbericht mit einer *abschließenden Formulierung*:

Sm: mh. mh.  
107 Pm: schnell wird des net gehn. nehm i an. - - ja. des wars

Sm: mh. und: - wie das vor an  
108 Pm: eigentlich im großen und ganzn. - -

109 Sm: Jahr wieder aufgetreten is

Nach diesem Abschluß übernimmt der Student das Rederecht und expandiert die Darstellung des Zeitpunkts des Wiederauftretens, der vom Patienten in (069) thematisiert worden ist (vgl. (9.3.2.3.2.)).

Aus der Analyse ist ersichtlich geworden, daß die Darstellung des Patienten eindeutigen Berichtcharakter hat. Die Erzählaufforderungen der StudentInnen initiieren also keine Erzählungen im engeren Sinne sondern Verlaufsberichte, weshalb ich diese Darstellungsform im weiteren auch *Beschwerdenbericht* nennen möchte.<sup>48</sup>

Dieser Beschwerdenbericht besteht aus den Ablaufschritten

- Resultat, also Nennung der aktuellen Beschwerden,
- Markierung des ersten krankheitsrelevanten Zeitpunkts,
- chronologische Darstellung der Beschwerdenentwicklung und krankheits- bzw. erlebensrelevanter Ereignisse bis zum aktuellen Zeitpunkt und
- abschließende Formulierung.

Aufgrund dieser Strukturierung kann der Beschwerdenbericht als *sprachliches Handlungsmuster* bezeichnet werden. Sprachliche Handlungsmuster wie z.B. Begrüßungen, Verabschiedungen, Frage-Antwort-Sequenzen oder Erzählungen, um nur einige zu nennen, sind nach Ehlich/Rehbein (1986:137ff) standardisierte Handlungsmöglichkeiten zur kommunikativen Bewältigung von Interaktionsaufgaben, deren Einsatz und Durchführung von den Beteiligten ausgehandelt wird. Sprachliche Handlungsmuster besitzen eine Binnenstruktur, d.h. sie bestehen aus sequenziell geordneten Abfolgen von Schritten (Musterpositionen), die zwischen

<sup>48</sup> An dieser Stelle möchte ich betonen, daß diese Bezeichnung, ausgehend vom Datenmaterial, für die erste, zusammenhängende Darstellung der Beschwerden in einem Erstgespräch gilt.

einer Initial- und Finalposition eingebettet sind. Über die Art und Abfolge dieser Musterpositionen bestehen gewisse Erwartungen und Verbindlichkeiten. InteraktantInnen, die sich an einer Musterposition befinden, rechnen bei sich und dem/der Interaktionspartner/in mit einem Übergang zur nächsten Position. Im Falle des Beschwerdenberichts rechnet der Patient, der sich z.B. an der Musterposition "Markierung des ersten krankheitsrelevanten Zeitpunkts" befindet, damit, zur Musterposition der "chronologischen Darstellung" überzugehen und erwartet, dies auch tun zu können, also z.B. nicht unterbrochen zu werden, ebenso wie der Student erwarten kann, daß der Patient nach der Markierung mit der Darstellung fortfährt.

Daraus ergeben sich zwei wichtige Punkte für die weitere Analyse: erstens ist die Durchführung eines sprachlichen Handlungsmusters *interaktive "Arbeit"* (Quasthoff 1982:158; Ehlich/Rehbein 1986). Für den Beschwerdenbericht bedeutet dies, daß zu seiner erfolgreiche Durchführung sowohl die PatientInnen als auch die StudentInnen gewisse kooperative Regeln der Gesprächsorganisation zu beachten haben. Während der Durchführung dieser Diskurseinheit haben die PatientInnen die Sprecherrolle inne und die StudentInnen die Zuhörerrolle, wodurch den StudentInnen eine interaktiv unterstützende Aufgabe und den PatientInnen eine interaktiv informierende Aufgabe zufällt. PatientInnen müssen z.B. bei der Realisierung des Diskursmusters die zeitlichen Gliederungsmerkmale setzen, um ihre GesprächspartnerInnen davon zu informieren, daß sie sich noch in der Musterposition der chronologischen Darstellung befinden. Die StudentInnen müssen z.B. durch bestätigende Hörersignale wie "mhm" oder "ja" Verstehen und Zuhören signalisieren und die Patienten-Darstellung interaktiv unterstützen. Geschieht dies nicht, wird eine Patientin in ihrem Beschwerdenbericht z.B. durch gezieltere Fragen eines Studenten unterbrochen, kann die erfolgreiche Durchführung und Beendigung dieser Diskurseinheit gestört oder überhaupt verhindert werden.

Zweitens ist deutlich geworden, daß über die Erzählaufforderung an die PatientInnen das sprachliche Handlungsmuster eines Berichtes initiiert wird. Dies kann massive *Erwartungs- und Wahrnehmungsdivergenzen* verursachen: Da StudentInnen aufgrund mangelnder praktischer Erfahrung eine eher idealisierte, hohe Erwartungshaltung haben ("PatientInnen können endlich frei sprechen") ist anzunehmen, daß sie auf ihre Einleitungsfrage hin eine breite, vielfältige Erzählung erwarten und nicht eine vergleichsweise "nüchterne" chronologische Verlaufsdarstellung.<sup>49</sup> Diese Erwartungshaltung kann dazu führen, daß StudentInnen den Beschwerdenbericht aufgrund seiner vor allem anfänglichen Nähe zu einer Beschwerdendarstellung in einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch nicht als die eigentliche Erzählung, als das einsetzende sprachliche Handlungsmuster wahrnehmen. Diese Wahrnehmungsdivergenz beeinflußt natürlich das Gesprächsverhalten der StudentInnen,

---

<sup>49</sup> Alleine schon durch die Verwendung der Begriffe "Erzählung" oder "erzählen", wie sie auch in der Literatur zur psychosozialen Medizin zur Beschreibung des Sprachverhaltens der PatientInnen dienen, werden andere, zumeist höhere Erwartungen gefördert als z.B. durch die Verwendung von Begriffen wie "Bericht" oder "berichten".

das dann nicht musterstützend sondern musterstörend oder "mustertorpedierend" (Ehlich/ Rehbein 1986:163) ausfällt. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen möchte ich in den folgenden Analysen Realisierungsvarianten des Handlungsmusters Beschwerdenbericht der PatientInnen und Formen musterstützender oder -torpedierender sprachlicher Handlungen der StudentInnen untersuchen.

### 9.3.1.2. Die Stützung des Beschwerdenberichts

Wie die Analyse der Anfangsphase der Gespräche gezeigt hat, ist die spontane Erzählbereitschaft der PatientInnen nicht per se zu erwarten. Aufgrund der für die PatientInnen neuen Situation und des für sie ungewohnten Diskurstyps benötigen sie von den StudentInnen spezielle gesprächsorganisatorische Informationen, um tatsächlich eine längere Diskurseinheit zu initiieren und durchzuführen. Da, wie sich gezeigt hat, diese Informationen oft nicht ausreichend sind und diese Darstellungsform für die PatientInnen im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs eine für sie ungewohnte sprachliche Handlung ist, ist es notwendig, PatientInnen, die mit dem Beschwerdenbericht begonnen haben, vor allem in der Anfangsphase bewußt und aktiv in diesem Interaktionsverhalten zu unterstützen. Ein wichtiges Mittel zur Etablierung des Handlungsmusters ist die interaktive Bestätigung und Manifestation der *Rollenverteilung "erzählende PatientInnen" - "zuhörende StudentInnen"*.

Im folgenden Gespräch hat die Studentin die Patientin ausführlich über die Gesprächssituation informiert. Anschließend fordert sie die Patientin mit einer offenen Frage zum Berichten auf:

1-1/A

009 Sw: und: - ja jetzt/ich würd jetzt einfach gern von

010 Sw: Ihnen wissen - mit welchn Beschwerdn Sie -

Sw: hier ins Krankenhaus gekommen sind.

011 Pw: ja. i

Sw: mhm

012 Pw: hab Knotn in da rechtn Brust. - die wurdn

013 Pw: nicht so ah - mit der Hand bemerkt sondern durch

Sw: mhm

014 Pw: eine Mammographie. - die hab ich machn lassn weil

015 Pw: meine Mutta Brustkrebs hatte - und auch meine Tante

Sw: mhm

016 Pw: mütterlicherseits. dadurch - familiär simma sehr

Sw: mhm

017 Pw: belastet. allerdings sind die beide schon älter gewesn

Die Patientin nennt, wie oben ausgeführt, diagnoseartig ihre aktuellen Beschwerden, also das Resultat (011/12). Damit befindet sie sich am Übergang zum nächsten Musterschritt, dem Beginn der chronologischen Darstellung. Da diese Nennung des Resultats intonatorisch abgeschlossen ist und von einer knappen Beschwerdenbeschreibung, wie in einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch üblich, nicht zu unterscheiden ist, ist die Gefahr für die Studentin groß, an diesem Punkt eine weiterführende Frage zu stellen, z.B. nach dem Zeitpunkt des Auftretens (vgl. dazu die anschließende Analyse). Damit würde das einsetzende Handlungsmuster Beschwerdenbericht aber unterbrochen werden.

Die Studentin beschränkt sich jedoch auf das Hörersignal "mhm" (012).<sup>50</sup> Damit bestätigt sie den Redebeitrag der Patientin und informiert diese, daß sie weiter in der Rolle der ZuhörerIn verbleibt. So fordert sie die Patientin indirekt zum Weitererzählen auf. Damit geht die Patientin zum nächsten Musterschritt über: sie markiert diesen Wechsel zur chronologischen Verlaufsdarstellung mit einem Tempuswechsel ("*die wurden*" (013)) und der Beschreibung der Untersuchung ("*Mammographie*" (014)), die indirekt den Zeitpunkt des Beginns darstellt.

Wieder reagiert die Studentin auf den intonatorischen Abschluß mit einem Hörersignal (014). In diesem Fall markiert die Patientin eine zweite, sozusagen eingebettete Verlaufsdarstellung ("*die hab ich machn lassn weil*" (014)), die sich auf die Entscheidung zur Brustuntersuchung selbst bezieht. Dieser zweite Rückgriff ist notwendig, da sie, wie die weitere Darstellung zeigt, diese Entscheidung nicht aufgrund von körperlichen Beschwerden getroffen hat. Die Patientin muß zwei im Grunde getrennte Verläufe schildern: erstens die Brustkrebserkrankungen ihrer Mutter und ihrer Tante und die Entscheidung für die Mammographie und zweitens die Mammographie und den Befund "Knoten in der Brust". Dieser doppelte Rückgriff bedeutet, daß sich die Patientin sehr lange in dem Übergangsbereich zweier Musterschritte aufhalten muß. Damit entsteht eine Interaktionssituation, die für Unterbrechungen und Nachfragen überaus anfällig ist, da sie bei den ZuhörerInnen notwendigerweise zu einer gewissen momentanen Unsicherheit über den weiteren Darstellungsverlauf führt.<sup>51</sup>

Der Ablauf "kurzer Erzählschritt" - "bestätigendes Hörersignal" wiederholt sich insgesamt vier Mal. Ab dann ist die in der offenen Frage fehlende Information interaktiv etabliert worden: die Patientin hat über die bestätigenden Hörersignale der Studentin erfahren, daß sie berichten soll und darf und daß sie es inhaltlich den Erwartungen entsprechend tut. Sie hat aber auch erfahren, daß die Studentin tat-

---

<sup>50</sup> Alle von der Studentin in diesem Textausschnitt geäußerten "mhm" können aufgrund ihres fallend-steigenden Tonhöhenverlauf als bestätigende Hörersignale beschrieben werden (vgl. Ehlich 1986).

<sup>51</sup> Dieser notwendige doppelte Rückgriff hätte in einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch aus diesem Grund sicherlich wenig Überlebenschancen und wäre schon in die Kategorie "vom Hundertsten ins Tausende kommen" gefallen und unterbrochen worden.

sächlich die Rolle der ZuhörerIn eingenommen hat. Damit ist die Durchführung des sprachlichen Handlungsmusters Beschwerdenbericht durch die PatientIn gesichert. Dieser Verlauf zeigt erstens, daß neben nachträglich erfolgenden expliziten Orientierungshinweisen auch die musterstützenden sprachlichen Aktivitäten der StudentInnen anfängliche Informationsdefizite ausgleichen können. Zweitens erweist sich eine aktive Demonstration der Zuhörerrolle vor allem beim Übergang vom ersten zum zweiten Musterschritt und kurz danach als prinzipiell günstig und erzählungsfördernd, da so den Erwartungen und Erfahrungen der PatientInnen, bei Expansionen unterbrochen zu werden, bewußt entgegengewirkt werden kann. Nach der interaktiven Rollenbestätigung fährt die PatientIn mit der chronologischen Darstellung fort:

1-1/A

018 Pw: meine Tante war 42 wie sie mim Krebs konfrontiert wurde

019 Pw: - und meine Mutta allerdings schon 60. - und: die Tante

020 Pw: is:/ - - die hats nicht rechtzeitig erwischt und - die is

021 Pw: gestorbm nach 8 Jahrn. und meine Mutta is vor 2 Jahrn

022 Pw: operiert wordn. die Brust weggnomman inklusive Lymphknotn

Sw: hm

023 Pw: - hat allerdings keine Therapie mehr gebraucht. und aus

024 Pw: diesm Grund hab i absolut auf a Mammographie bestandn -

025 Pw: obwohls eigntlich erst die Fraunärztin garnet befürwortet

026 Pw: hat. Also sie hat gsagt es is gut a Basismammographie zu

Sw: mhm

027 Pw: machn - und:- jetzt hammas. - jetzt hamma zwei Knotn gfoundn

In (027) markiert die PatientIn den Abschluß des Handlungsmusters, mit "jetzt hammas." (027) ist sie im aktuellen Zeitraum angelangt. Sie kommt auch explizit auf die aktuellen Beschwerden, auf das Resultat von (004), zurück. Gesprächsorganisatorisch zeigt sich erstens, daß die PatientIn keine systematisch erfolgenden Hörersignale mehr benötigt, um mit der Durchführung des Beschwerdenberichts fortzufahren. Die Gesprächsrollenverteilung ist etabliert, die Realisierung des Handlungsmusters ratifiziert. Zweitens zeigt sich schon, daß es sehr unterschiedliche Realisierungsvarianten der chronologischen Verlaufsdarstellung gibt, diese aber immer zwischen der Initialposition 'Nennung des Resultats' und der Finalposition 'abschließende Formulierung' eingebettet sind. Drittens wird deutlich, daß die PatientIn in ihrer Darstellung nicht ausufert, sondern am Ende ihrer Schilderung direkt auf ihre aktuelle Krankheit zurückkommt (027). Dieser Befund ist ein generelles Ergebnis der untersuchten Gespräche und widerspricht der bekannten Angst

von ÄrztInnen, PatientInnen würden bei der Möglichkeit des freien Erzählens vom Hundertsten ins Tausendste kommen. Ein Grund für diese Angst ist mit Sicherheit das Nicht-Erkennen von solchen diskursiven Einheiten (vgl. dazu detailliert (9.4.3.)).

Inhaltlich betrachtet enthält schon dieser relativ kurze Beschwerdenbericht eine Fülle wichtiger erlebensrelevanter Informationen. Die aktuellen Beschwerden der Patientin sind direkt mit Lebensumständen und Beziehungen verknüpft. Das nahe Verhältnis zu den beiden Frauen und der Tod der einen deuten neben erblichen, also körperlichen Belastungen, auf starke psychische Belastungen und Ängste der Patientin, gerade in bezug auf ihre eigene Erkrankung und deren Prognose, hin. Zugleich stellt sich die Patientin von ihrer Persönlichkeit her als aktiv, initiativ und eigenverantwortlich und durchaus informiert dar. Dies zeigt natürlich auch, wieviele relevante Informationen ÄrztInnen gewinnen könne, wenn PatientInnen die Möglichkeit haben, ihre Beschwerden eigenständig darzustellen.

Ein weiteres *musterstützendes Mittel* sind explizite Aufforderungen, zur Musterposition "chronologische Verlaufsdarstellung" überzugehen:

4-2/A	
003 Pw:	ich heiße I.N. - bin jetzt - noch 44
004 Pw:	diese Woche alt - also am /Datum/ 45. - und: hab
Sm:	- seit zwei Jahren haben Sie
005 Pw:	seid zwei Jahren - Asthma.
Sm: Asthma?	mh. - können Sie
006 Pw:	seit 2 Jahren. - also seit 86.
Sm: <i>sich da noch erinnern wie das genau anfangen hat?</i>	
007 Pw:	also
008 Pw:	meine Theorie is daß es begonnen hat/also ich hab eine

Die Patientin nennt auf die knappe Erzählaufforderung Name, Alter und Beschwerden, diese schon mit einem zeitlichen Hinweis ("*seit zwei Jahren*" (005)). Damit bekundet sie eine gewisse Bereitschaft zu einer Verlaufsdarstellung, initiiert diese aber nicht selbst. In (006/7) fordert der Student sie explizit auf, mit dem nächsten Musterschritt, also der chronologischen Darstellung zu beginnen, was sie dann auch ausführlich tut.

### 9.3.1.3. Die frühe Unterbrechung des Beschwerdenberichts

Wie ich schon angedeutet habe, ist die anfängliche Struktur des Beschwerdenberichts mit der intonatorisch abgeschlossenen Nennung der aktuellen Beschwerden in Kombination mit einer eher abwartenden Haltung der PatientInnen nicht so

leicht als der Beginn der "Erzählung" zu identifizieren. Die Gefahr, daß die StudentInnen an dieser kritischen Gesprächsstelle beginnen, Detailfragen zu stellen und damit das Muster "Beschwerdenbericht" unterbrechen, ist besonders groß:

4-4/B

Sm: wanns uns erzähl'n - warums jetzt im Spital san.  
003 Pm: na i hab

Sm: - Schmerzen in  
004 Pm: da so Schmerzen in der linken Seite.

Sm: der linken Seite. seit wann?  
005 Pm: naja. - eigentlich seit 1987.

006 Pm: da hat de/-da hab i an Mumps ghabt und:- durch des is des

007 Pm: glaub i/ i waß net ob des da Zusammenhang war vielleicht

008 Pm: ärger worn. Oiso wann i mi anstreng schwitz i leicht und

Sm: - und warn Sie damals  
009 Pm: kriag ka Luft - und/-- so is es halt.

Sm: /87 warn sie im Spital schon damit? oder? -  
010 Pm: nein. ich bin

011 Pm: damals beim Hausarzt gewesen net. - und 1982 war i im

012 Pm: Spital - also in der Klinik herin ( )

Der Student reagiert auf die aktuelle Beschwerdenbeschreibung des Patienten ("*Schmerzen in der linken Seite*" (004)) mit einer Wiederholung dieser Äußerung und der anschließenden Frage "*seit wann?*" (005). Da sich diese geschlossene Frage auf den Zeitpunkt des Beginns bezieht, ist sie wahrscheinlich eine "verunglückte" Realisierung der expliziten Aufforderung, zum nächsten Musterschritt "chronologische Verlaufsdarstellung" überzugehen.

Der Patient kommt dieser "verunglückten" Aufforderung mit einem ebenso "verunglückenden" Beschwerdenbericht nach: er nennt die Zeit des Auftretens, eine mögliche auslösende Erkrankung ("*Mumps*") und kommt in (008) mit Tempuswechsel in den aktuellen Zeitraum. Er beschreibt seine aktuelle Befindlichkeit und beendet, sich selbst unterbrechend, diese Darstellung mit einer explizit abschließenden, allgemein-bewertenden Formulierung ("*so is es halt.*" (009)). Er produziert also einen stark verkürzten, rudimentären Beschwerdenbericht, in dem die Musterschritte eher nur angerissen und nicht ausgeführt werden und der ausschließlich krankheitsbezogene Informationen enthält.

Der Patient hat durch die Erzählaufforderung und die geschlossenen Frage zwei Verhaltensinformationen bekommen, nämlich zu berichten UND zu antworten. Das Dilemma, das diese *zwei unvereinbaren Verhaltensaufforderungen* er-

zeugen, manifestiert sich neben der Produktion eines rudimentären Beschwerdenberichts in massiven Textplanungsproblemen, also in der großen Anzahl von Selbstkorrekturen und Satzabbrüchen. Damit fällt der Abschluß des Handlungsmusters in die unmittelbare Anfangsphase des Gesprächs, was nicht nur ganz allgemein eine überaus heikle, sehr schwer zu bewältigende Kommunikationssituation bedeutet. Dieser rasche Abschluß bringt den Studenten außerdem zu einem ganz frühen Zeitpunkt schon in die Rolle des Fragenden.

Der Student löst diese Situation mit einer weiteren geschlossenen Frage, die sich zwar auf das vom Patienten genannte Datum der Krankheitsentstehung bezieht, thematisch-inhaltlich aber nicht ganz nachvollziehbar ist. Mit diesen zwei geschlossenen Frageaktivitäten manifestiert sich eine dem herkömmlichen ärztlichen Gespräch vergleichbare Rollenverteilung. Damit hat aber auch ein *Prozeß der Fragmentierung* eingesetzt, den ich in (4.2.1.) als charakteristisch für das krankheitsorientierte ärztliche Kommunikationsverhalten beschrieben habe und der sich durch das Stellen von geschlossenen Fragen, die Selektion von objektiven Daten aus der Patienten-Antwort und eine, für die PatientInnen nicht nachvollziehbare, thematische Steuerung auszeichnet.

Der Patient bezieht sich in seiner folgenden Antwort nun tatsächlich nur mehr auf Daten, Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche. Das Gespräch hat sich von SEINER Beschwerdenschilderung "*Schmerzen in der linken Seite*" (004) völlig entfernt. Dieser hier etablierte Frage-Antwort-Diskurs wird übrigens das gesamte weitere Gespräch bestimmen.

Der Grund für dieses frühzeitig einsetzende Frageverhalten liegt, wie schon erwähnt, darin, daß die StudentInnen ihre Erzählaufforderungen für ausreichend erachten und eine "Erzählung" der PatientInnen erwarten. Da die PatientInnen aber erstens einen Beschwerdenbericht produzieren und sich zweitens anfänglich eher abwartend verhalten, werden die StudentInnen in ihren überhöhten Erwartungen enttäuscht. Die Wahrscheinlichkeit, daß sie den Beginn des Beschwerdenberichts nicht als einsetzendes sprachliches Handlungsmuster erkennen, ist groß. Zudem stehen sie in der Situation der Anamnesegruppe unter dem eigenen Erwartungsdruck und dem der ZuhörerInnen, eine "Erzählung" in Gang zu bringen. Dadurch wird die knappe Beschwerdenbeschreibung der PatientInnen zu einem Kommunikationsproblem. Beim Versuch, dieses Kommunikationsproblem zu lösen, führen die mangelnde Erfahrung mit psychosozialen Gesprächen, mangelndes Wissen über konversationelle Prozesse und ein fehlendes verbales Verhaltensrepertoire dazu, daß sie versuchen, die PatientInnen mit "spezielleren" oder "genaueren" Fragen zum Erzählen zu animieren. Damit unterbrechen sie aber das von den PatientInnen begonnene diskursive Muster, entziehen ihnen die notwendige interaktive Stützung zur Durchführung und wechseln von der Zuhörer- in die Sprecherrolle.

Da diese "genaueren" Fragen notwendigerweise geschlossene Fragen mit inhaltlichen Vorgaben sind, die von den PatientInnen konkrete Antworten fordern, kommt es zu einer Konkurrenz zwischen dem sprachlichen Handlungsmuster "Beschwerdenbericht" und einem Frage-Antwort-Diskurs, der die PatientInnen in das

sprachliche Verhaltensdilemma bringt, frei zu berichten und konkret zu antworten. So entsteht eine *kontraproduktive Wechselwirkung*: die Musterkonkurrenz hemmt die Erzählbereitschaft der PatientInnen, die inhaltlichen Vorgaben der Fragen verändern die Erzählrichtung der PatientInnen, die geschlossene Frageform verstärkt die Nähe zum herkömmlichen medizinischen Diskurs, das Frageverhalten der StudentInnen manifestiert interaktiv die herkömmliche Rollenverteilung.

An diesem Textbeispiel zeigt sich außerdem, daß der Student zur Bewältigung dieser kritischer Kommunikationssituationen auf das ihm geläufigere Gesprächsverhalten des herkömmlichen ärztlichen Diskurses zurückgreift, also geschlossene Fragen zu objektiven Daten und krankheitsorientierten Inhalten stellt, was bei den PatientInnen sozusagen automatisch zu einem korrespondierenden, weil ihnen ebenfalls geläufigerem Gesprächsverhalten führt. Wie systematisch und geradezu vorhersagbar diese Prozesse entstehen, zeigt der fast parallele Verlauf des folgenden Gesprächs:

2-1/A

001 Sm: also - äh ja i möcht sie fragen warum sin Sie eigentlich

Sm: da?

002 Pw: ich BIN jetzt hier/ nein verschiedene/ also

Sm:

ja.

003 Pw: hauptsächlich wegen Aszitis. und ich hab ein sehr

Sm:

mhm ja. und wie lang?

004 Pw: schweres Herzleiden. - den

Sm:

ja.

005 Pw: Herzklappenfehler hab ich seit Geburt schon. und die

006 Pw: Aszitis jetzt erst seit/ - - na so stark seit zwei Jahrn.

Sm:

und da im Krankenhaus? -

007 Pw: ( )

008 Sm: wie/ wie lang sind Sie jetzt da schon im Krankenhaus?

Sm:

viertem Oktober? das is:

009 Pw: seit VIERTEM Oktober. ja.

Sm: ziemlich lang.

010 Pw: war i sechs Wochen/sieben Wochen fast.

Auf die als offene Frage formulierte Erzählaufforderung (001/2) erfolgt wiederum die knappe, diagnoseartige Beschwerdenbeschreibung (002-004). Die den zeitlichen Verlauf fokussierende, weiterführende geschlossene Frage des Studenten (004) führt zu einer krankheitsorientierten Antwort der Patientin, ohne weitere berichtende Elemente (004-007). Die nächste geschlossene Frage (007/8) etabliert ei-

nen Frage-Antwort-Diskurs, der an dem vom Studenten eingeführten Thema orientiert ist.

#### 9.3.1.4. "Das ist meine Geschichte"

In folgenden möchte ich in einer fallstudienartigen Analyse die gesprächsorganisatorische Kraft des sprachlichen Handlungsmusters "Beschwerdenbericht" aufzeigen. Der Fokus der Analyse liegt auf folgendem, sich mehrfach und systematisch wiederholenden Ablauf: die Studentin nimmt die Äußerungen der Patientin nicht als Bestandteile eines sprachlichen Handlungsmusters wahr und reagiert auf sie mit Nachfragen und eigenen thematischen Erweiterungen. Die Patientin geht auf die Fragen ein, nimmt aber immer wieder die chronologische Verlaufsdarstellung ihrer Beschwerden auf. So gelingt es der Patientin, ihren Beschwerdenbericht in der Konkurrenz mit dem von der Studentin initiierten Frage-Antwort-Muster bis zu seinem Abschluß durchzuführen.

Die Patientin ist zur Durchuntersuchung wegen ungeklärter Fieberschübe aufgenommen worden:

- 4-5/A
- 001 Sw: nja. darf ich Sie bitten möglichst viel und ausführlich
- 002 Sw: von Ihrer Krankheit zu erz\_/oder also amal wies
- Sw: dazu gekommen ist. seit wann Sie - -
- 003 Pw: anfangen hat des
- 004 Pw: mit mir vor drei Jahren hab i scho ganz zuer/zuerstamal
- Sw: mh.
- 005 Pw: a Lungenentzündung ghabt. und bin zum Internisten gangen
- Sw: mh.
- 006 Pw: und der hat gsagt i hab chronische Bronchitis. und
- 007 Pw: hat mi a behandelt mit verschiedene Antibiotika und des
- Sw: mh.
- 008 Pw: is aber nie so richtig - abgeklungen. des is besser
- Sw: wie/ wie ham sie
- 009 Pw: worden und immer wieder aufgflackert.
- 010 Sw: des gemerkt? ham sie - Schmerzen ghabt äh Hustenreiz äh
- Sw: Auswurf oder?
- 011 Pw: nix. i hab kan Husten ghabt kan Auswurf
- 012 Pw: i war nur sehr müde - abgeschlagen hab in der Nacht immer

Sw:	mh.
013Pw:	gschwitzt. Schweißausbrüche. und mit der Luft. i hab

Sw:	ja.
014Pw:	nie so richtig mehr durch/ tief durchatmen können.

Auf die Erzählaufforderung mit dem expliziten Hinweis, mit dem ersten Auftreten der aktuellen Beschwerden zu beginnen, überspringt die Patientin sozusagen den ersten Musterschritt des Beschwerdenberichts, die Nennung des Resultats und beginnt direkt mit der chronologischen Verlaufsdarstellung. Den Beginn markiert sie mit der Nennung des konkreten Zeitpunkts: "*angefangen hat des mit mir vor drei Jahren*" (003/4). Die Äußerung "*mit mir*" (003) deutet darauf hin, daß sie auch vorhat, eine auf ihre Person bezogene und nicht ausschließlich krankheitsbezogene Darstellung zu geben. Sie hat also das "Patientenbezogene" der Erzählaufforderung ("*möglichst viel und ausführlich*" (001)) durchaus wahrgenommen und auch schon in sprachliches Handeln umgesetzt.

In (009) beendet die Patientin die Darstellung der ersten thematischen Einheit der chronologischen Verlaufsdarstellung, also der Lungenentzündung von vor drei Jahren und der immer wieder auftretenden Beschwerden. Die Studentin hat bis dahin ihre Zuhörerrolle interaktiv durch Hörsignale manifestiert, jetzt stellt sie hintereinanderfolgend zwei Fragen zu diesen Beschwerden. Die erste Frage (009/10) ist noch offen und umgangssprachlich formuliert, die zweite Frage (010/11) enthält medizinisch orientierte Antwortvorgaben, ist eine typische ärztliche Frage zur Symptomabklärung. Mit dieser Doppelfrage unterbricht die Studentin den Musterschritt der chronologischen Verlaufsdarstellung und entzieht der Patientin die interaktive Unterstützung zur Musterweiterführung. Damit bringt sie diese in das schon oben beschriebene Handlungsdilemma, frei zu erzählen UND konkret zu antworten. Durch die medizinische Spezifizierung lenkt sie den Diskurs zudem auf die somatische Bedeutungsebene der Beschwerden.

Eine Erklärung für den Grund dieser Unterbrechung muß vorerst spekulativ bleiben (vgl. aber weiter unten): es ist es möglich, daß die Studentin das diskursive Muster nicht in seinem vollen Umfang wahrgenommen hat und diese erste thematische Beendigung als Ende der Darstellung insgesamt interpretiert. Damit hätten ihre weiterführenden Fragen die Funktion, das Gespräch in Gang zu halten und einer entstehenden Gesprächspause präventiv entgegenzuwirken. Da es hier um die Verhinderung einer konflikträchtigen Interaktionssituation geht, wäre der Einsatz von typischen ärztlichen Frageformen einmal mehr ein Hinweis darauf, daß die StudentInnen zur Bewältigung solcher Kommunikationsprobleme auf Bestandteile dieses Diskursmusters zurückgreifen.

Konkrete inhaltliche Fragen nötigen zu ebenso konkreten Antworten. Da die Antwortvorgaben der Studentin nicht zutreffen, muß die Patientin diese Inhalte zuerst verneinen, bevor sie ihre tatsächlichen Beschwerden schildern kann. Es zeigt sich, daß, abgesehen von der Frageaktivität selbst, die Antwortvorgabe unnötig

war, da die Patientin zu einer sehr differenzierten und anschaulichen Beschreibung ihrer Beschwerden in der Lage ist.

Nach einer längeren Beschwerdenabklärung kommt die Patientin wieder auf ihre chronologische Darstellung zurück:

045 Pw: und nach dieser Therapie hat er mi dann mit

046 Pw: ( ) geimpft. - und - dann war Ruhe drei Jahr. -

Sw: ja. auch  
047 Pw: und jetzt geht des scho wieder a Jahr so dahin.

Sw: wieder genau die ähnlichen Zustände? Ringen nach Luft?  
048 Pw: ja: die

049 Pw: Lunge is jetzt ausgeschlossen. jetzt san nur die

Sw: mh. ham Sie das erste Mal auch schon  
050 Pw: Fieberschübe kommen. und des/

Sw: Fieber dabeighabt? ständig? - oder  
051 Pw: ja des war immer dabei.

Die Patientin setzt zwei zeitliche Gliederungsmerkmale und schließt mit "*und jetzt geht des scho wieder a Jahr so dahin*" (047) genau an den zeitlichen Raum an, an dem sie das erste Mal unterbrochen wurde (009). Und wieder erfolgt ein paralleler Verlauf: die Studentin stellt medizinisch orientierte Fragen mit Antwortvorgaben, die Patientin muß diese Vorgaben verneinen und knüpft nach einer weiteren Beschwerdendifferenzierung direkt an die unterbrochene Darstellung in (050) an:

057 Pw: - ja und jetzt vor an Jahr san nur mehr die Fieberschübe

058 Pw: kommen. mit der Lunge hats mi jetzt nimmer ghabt.

Sw: ( ?)  
059 Pw: - FIEBER. - zwa drei Tag Fieber.

Sw: mh. ja.  
060 Pw: waß net woher. dann is zwa Tag weg - dann kommts

Sw: mh.  
061 Pw: wieder. und dann kommen/ san die Gelenksschmerzen dazu

Sw: und wo ham sie die. in den Beinen oda?  
062 Pw: kommen. die hab i da

Aufgrund des bisherigen Verlaufs treten die unterschiedlichen Handlungsorientierungen von Patientin und Studentin klar zutage: die Patientin versucht, über die chronologische Verlaufsdarstellung ihrer ungeklärten Fieberschübe entsprechend dem Handlungsmuster "Beschwerdenbericht" zum aktuellen Zeitraum zu gelangen.

Die Studentin verfolgt ein Muster der differenzierten Beschwerdenerhebung und verwendet die Musterschritte der Patientin als Einzelinformationen, an die sie ihre Fragen "anhängt". An dieser Stelle möchte ich betonen, daß eine differenzierte Abklärung von Beschwerden selbstverständlich ein notwendiger Bestandteil ärztlichen Handelns ist; es sollte jedoch bisher deutlich geworden sein, daß sie in diesem speziellen Handlungskontext dysfunktional ist.

Daß die Patientin interaktiv überhaupt die Möglichkeit hat, ihr Muster immer wieder aufzunehmen, ist auf das das "Prinzip des primären Sprechers" (Quasthoff 1990:67) zurückzuführen: dieses Prinzip gilt allgemein für sprachliche Handlungsmuster und besagt, daß nach Unterbrechungen die Sprecherrolle solange automatisch an den Interaktanten/die Interaktantin zurückfällt, der/die das Handlungsmuster initiiert hat, bis die Diskurseinheit abgeschlossen ist. Die Patientin nimmt also bei den Unterbrechungen der Studentin das "Prinzip des primären Sprechers" in Anspruch, daß ihr qua Sprecherrolle im Rahmen der Durchführung des Handlungsmusters "Beschwerdenbericht" zusteht. Dies führt zu der paradoxen Situation, daß es bei zwei konkurrierenden Gesprächsmustern auch zwei "primäre Sprecher" gibt, wodurch sich die Gesprächs- und Musterunterbrechungen sukzessive steigern.

In (060) thematisiert die Patientin das erste Mal eine gewisse Beunruhigung wegen des unklaren Auftretens ihrer Fieberschübe. Nach einer genaueren Darstellung der Gelenkschmerzen knüpft sie fast wortwörtlich an die Schilderung des Auftretens des Fiebers in (069-071) an und kommt mit einer weiteren Datumsangabe ("*und seit August*" (080)) immer näher in den aktuellen zeitlichen Raum:

Sw:	jaja	ja. mh.
079 Pw:	zwa Tag is des weg. dann is des wieder da.	und
080 Pw:	seit August hab i jetzt immer a bißl - - Blut - im Harn.	
081 Pw:	/Räuspern/ und das: - is auch nicht zum Klären wo das	
Sw:	(	Nieren?)
082 Pw:	herkommt.	ja. - hab scho a
Sw:		mhm.
083 Pw:	Nieren - Unter/Durchuntersuchung ghabt.	Harnblasn hams
Sw:		mhm.
084 Pw:	durchschaut.	

Wieder fügt die Patientin einen Hinweis auf ihre Beunruhigung wegen der Unklarheit des Auftretens dieser Symptomatik an (081), die von der Studentin durch eine somatisch-orientierte Nachfrage übergangen wird. Dieses Verhalten wirft ein weiteres Licht auf die erste Unterbrechung der Studentin in (009). Da die Ausweitung in den psychosozialen und affektiven Bereich der somatisch-orientierten, affektiv neutralen medizinischen Ausbildung diametral entgegengesetzt ist, ist diese unge-

wohnte Aufgabe eine große und sicherlich angstbesetzte Herausforderung an die StudentInnen. Das Übergehen von affektiven Äußerungen der PatientInnen und die Betonung der somatisch-technischen Bedeutungsdimension (vgl. (9.4.1.4.)) dient in diesem Fall - wie im herkömmlichen medizinischen Diskurs insgesamt - der Vermeidung der Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten oder unbearbeiteten Konflikten.

Nach einer ausführlichen, von der Studentin initiierten Darstellung der diesbezüglichen Untersuchungen führt die Patientin ihr Muster weiter fort. Mit "und - jetzt" (102) ist sie endgültig im unmittelbaren zeitlichen Raum angelangt:

102 Pw: und - jetzt is noch a Mundtrockenheit dazukommen da.

Sw: plötzlich  
103 Pw: - und/ hab ganz an trockenen Mund - seit - zwa drei Tog

Dieser weitere Befund wird von der Studentin auf mögliche medikamentöse Ursachen hin nachgefragt. Daran anschließend berichtet die Patientin von einer Gefäßoperation vor 12 Jahren, bei der ihr ein Kunststoff-Implantat eingesetzt wurde, hinter dem die ÄrztInnen eine Zeitlang die Ursache für die auftretenden Fieberschübe vermutet hatten:

Sw: ja.  
146 Pw: der Körper stoßt des sicher nicht ab. aber die

147 Pw: Vermutung war eben durch die Fieberschübe - daß das

Sw: mh. - - sie sind  
148 Pw: auch womöglich mitschuld is.

Sw: verheiratet? und ham Kinder? schon groß oder  
149 Pw: ja. drei Kinder.

Sw: älter oder und die sind jetzt allein  
150 Pw: 17 16/der eine wär 15

Sw: daheim oda?  
151 Pw: ja. mitn Mann.

Der Bericht über dieses Kunststoff-Implantat im Zusammenhang mit dem Zweck des Krankenhausaufenthalts ist noch Teil der chronologischen Verlaufsdarstellung der Patientin, der abschließende Musterschritt ist noch nicht vollzogen. An dieser Stelle (148) beendet die Studentin die vorrangig somatische orientierte Erhebung der Beschwerden und geht, in Form eines unvermittelten Themenwechsels, zur "Erhebung" psychosozialer Informationen über (vgl. (9.2.3.)).

Die Erhebung psychosozialer Daten mittels geschlossener Fragen und Antwortvorgaben hat mit einem genuin psychosozialen Gespräch natürlich wenig zu tun. Dieses Gesprächsverhalten der Studentin ist nur als Ergebnis oder Kumulationspunkt des bisherigen Gesprächsverlaufs zu sehen: die Patientin hat durch ihren

Versuch, den chronologischen Ablauf einzuhalten, immer wieder neue und weitere Beschwerden genannt. Durch die systematischen Unterbrechungen und detaillierten Nachfragen der Studentin hat das Gespräch eine Menge von ungeklärten Einzelbeschwerden und eine Fülle von unterschiedlichsten, vorwiegend medizinischen Informationen zutage gebracht, der Gesamtzusammenhang ist jedoch verlorengegangen. Durch die somatische Spezifizierung konnte die Patientin keine psychosozial relevanten Themen einbringen, an die die Studentin mit erweiternden offenen Fragen anschließen könnte. Gleichzeitig steht sie jedoch unter dem Druck, die Zielvorstellung "psychosoziales Gespräch" zu erfüllen. Das Gesprächsverhalten der Studentin ist also als Bewältigungsmechanismus einer an sich nicht mehr lösbaren Kommunikationssituation zu verstehen.

Der für die Patientin nicht nachvollziehbare Themenwechsel in den familiären Bereich und die mehrfachen geschlossenen Fragen reduzieren die Redebeiträge der Patientin auf kurze und knappe Antworten ohne anschlussfähige Hinweise, die Studentin "rettet" sich schließlich mit einer typischen Anamnesefrage wieder in den somatischen Bereich:

151 Sw:	- und bei der
---------	---------------

Sw:	Geburt war da auch nie Komplikationen.	na
152 Pw:		nix. ganz normal.

Sw:	war auch nie eine Fehlgeburt oder sowas.	- - nja.
153 Pw:		na. nix.

Sw:		nja.
154 Pw:	- - das IST meine Geschichte.	und jetzt

155 Pw:	hoff i halt daß sie das - den HERD entDECKEN
---------	--

Sw:	mh.	- na gut. die wern da jetzt
156 Pw:	da wo das herkommt das Fieber.	

157 Sw:	vielleicht draufkommen.
---------	-------------------------

In (153) kommt dieses Gespräch - ähnlich einer Gesprächsbeendigung - zu einem Stillstand.<sup>52</sup> An diese Stelle setzt die Patientin den letzten Musterschritt und beendet ihren Beschwerdenbericht mit der explizit abschließenden Äußerung "*das IST meine Geschichte*" (154) und einer abrundenden Bewertung, in der sie noch einmal ihre Beunruhigung thematisiert. Aufgrund des bisherigen Gesprächsverlaufs ist dieser elaborierte Abschluß von seiten der Patientin wahrscheinlich auch als tatsächlicher, das Gespräch beendender Schritt zu verstehen (vgl. dazu auch (9.5.1.4.)).

<sup>52</sup> Beendigungsphasen von thematischen Gesprächsabschnitten sowie von Gesprächen insgesamt sind durch Wiederholungen, fehlende Themeninitiiierungen, das Auftreten von Pausen und von abschließenden oder bewertenden Diskurspartikel wie "gut, also, naja, okay" charakterisiert (vgl. Schegloff/Sacks 1973, Brinker/Sager 1986).

Wie schon in (060) und (081) übergeht die Studentin den relevanten Hinweis, in diesem Fall mit einer abschwächenden Beruhigung. Die weiteren Analysen werden zeigen, daß sich gerade hinter solchen mehrfach auftauchenden Hinweisen die für die PatientInnen individuell relevanten Erlebensgehalte im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung verbergen (vgl. (9.3.2.), (9.4.1.)).

In der Analyse wurde deutlich, daß einmal initiierte Handlungsmuster eine enorme gesprächsorganisatorische Kraft ausüben, die bewirkt, daß PatientInnen, die mit einem Beschwerdenbericht begonnen haben, diesen nicht nur immer wieder aufnehmen, sondern auch versuchen, ihn zu Ende zu führen. Wenn StudentInnen nicht erkennen, daß PatientInnen sich in dem beschriebenen Handlungsmuster befinden, initiieren sie zwangsläufig ein konkurrierendes Handlungsmuster. Solche divergierenden Handlungsmuster wirken dysfunktional: die InteraktantInnen sind überfordert, da sie gleichzeitig zwei unvereinbaren sprachlichen Verhaltensweisen nachkommen müssen; der Versuch, einen in sich konsistenten Beschwerdenbericht zu realisieren, muß scheitern; die krankheitsrelevanten Zusammenhänge, die die eigentliche Grundlage eines psychosozialen Gesprächs darstellen, gehen verloren.

### 9.3.2. Die interaktive Weiterführung des Beschwerdenberichts

Im Zuge der chronologischen Verlaufsdarstellung des Beschwerdenberichts vermitteln die PatientInnen vielfältige Informationen zum individuell erlebten Gesamtzusammenhang ihrer Erkrankung: sie berichten über relevante Lebensereignisse, verweisen auf familiäre oder biografische Umstände, bewerten Situationen oder Geschehnisse und thematisieren allgemeine oder direkt mit der Erkrankung zusammenhängende Gefühlszustände und Befindlichkeiten. Diese individuell und psychosozial relevanten Informationen im Zusammenhang mit dem Beschwerdelauf bilden die Basis, von der aus das weitere psychosozial orientierte Gespräch ausgeht.

Morgan/Engel (1977) bezeichnen diese Informationen als Punkte auf einer Landkarte, welche im weiteren Gespräch nun sukzessive aufgefüllt werden soll, um so das Bild vom Patienten/von der Patientin zu vervollständigen. Die Weiterführung des Beschwerdenberichts soll deshalb an den Begriffen, Hinweisen und Themen anknüpfen, die von den PatientInnen eingeführt worden sind, die also aus deren individuell erlebter Wirklichkeit stammen. Dadurch wird es möglich, einem Ziel des patientenzentrierten Gesprächs gerecht zu werden, nämlich Zugang zur individuellen Wirklichkeit des Patienten/der Patientin zu bekommen und die jeweilige Erkrankung umfassend zu "verstehen".<sup>53</sup>

In (6.1.) habe ich ausgeführt, daß psychosoziale Anamnesegespräche aufgrund dieser Zielsetzungen als spezifische Form therapeutischer Kommunikation zu betrach-

---

<sup>53</sup> Aufgrund meiner Fragestellung klammere ich die rein symptom-orientierte Abklärung von Beschwerden aus, die in diesen Gesprächen wegen der noch nicht abgeschlossenen Ausbildung der StudentInnen auch eine untergeordnete Rolle spielt.

ten sind und die entsprechenden Regelformulierungen zur interaktiven Weiterführung der Patienten-Darstellungen somit therapeutische Handlungen sind, die, so sie eingesetzt werden, weitere therapeutische Aktivitäten notwendig machen. Für die Anwendung therapeutischer Techniken fehlt den StudentInnen jedoch (noch) die entsprechende Qualifikation.

In den folgenden Analysen möchte ich deshalb untersuchen, welche sprachlichen Handlungen von den StudentInnen eingesetzt werden, um den Übergang vom Beschwerdenbericht<sup>54</sup> zum weiteren Gespräch interaktiv zu bewältigen und welche eigentlich verfolgten Gesprächsziele sich in den jeweiligen Varianten manifestieren.

### 9.3.2.1. Die fakten-orientierte Weiterführung

Die Patientin beginnt ihren Beschwerdenbericht mit einem kurzen Hinweis auf die Dauer der Krankheit insgesamt:

3-2/A  
Sm: Sie da sind. mhm  
009 Pw: i bin wegen einer Colitis ulcerosa hier. hab

010 Pw: schon drei Jahre damit zu tun. und jetzt im - seit

011 Pw: Dezember is sehr akut. und - bin gegn irgendeine Pulver

Die Patientin kommt von selbst auf diesen Zeitraum nicht mehr zu sprechen, am Ende des durch detaillierte medizinische Nachfragen mehrmals unterbrochenen Beschwerdenberichts, erkundigt sich der Student nochmals nach der Dauer der Krankheit:

052 Pw: da bin i da eingefahren und die ham mi dann glei

Sm: und wie lang äh leiden sie jetzt  
053 Pw: aufgenommen. - - -

Sm: schon - an der Krankheit? und wie oft waren sie  
054 Pw: drei Jahre.

Sm: da/wo waren sie da in Behandlung bisher?  
055 Pw: na zuerst beim

Der Student erkundigt sich in der Folge nach dem Verlauf der medizinischen Betreuung, dann kommt er wieder auf diesen Zeitpunkt zurück:

<sup>54</sup> Im folgenden sind unter der Bezeichnung "Beschwerdenbericht" alle Realisierungen dieses Handlungsmusters, also auch unterbrochene und nicht vollständig durchgeführte Varianten zu verstehen, wobei ich aber bei den einzelnen Analysebeispielen auf die jeweilige Realisierungsvariante hinweisen werde.

Sm: also vor drei Jahren hat des anfangen war des  
070 Pw: ja vor drei Jahren

Sm: ganz akut.  
071 Pw: ja. da bin i auf Schikurs gfahren am Samstag

Sm: mh.  
072 Pw: und am Sonntag hats anfangen also von an Tag am

073 Pw: anderen. und i weiß net warum und wieso und der

074 Pw: Arzt kann das selber nicht sagen warum des war.

Sm: wie alt waren sie da?  
075 Pw: - 18. kurz vorm achtzehnten

Sm: und dann - mit de Medikamente is dann  
076 Pw: Geburtstag. - -

077 Sm: relativ gut gangen. hamsas ständig nehmen müssen? oder?

Die Frage des Studenten in (070/71) ist auf der manifesten Ebene eine geschlossene Frage zu einem zeitlichen Datum, auf der zugrundeliegenden Ebene enthält sie eine indirekte Erzählaufforderung zu den damaligen Begleitumständen. Die Patientin beantwortet zuerst die geschlossene Frage mit "ja." (071), dann geht sie auf die Erzählaufforderung ein und gibt eine kurze Darstellung der begleitenden Lebensumstände. Damit befinden sich die Patientin und der Student im damals aktuellen Erlebensraum. Die Patientin schließt dieser Darstellung auch eine Bewertung an ("i weiß net warum und wieso" (073)), also ihr individuelles Krankheitskonzept. Diese nachträgliche Bewertung enthält grundlegende Informationen zur Reflexionsbereitschaft der Patientin über ihre Person im krankheitsgeschichtlichen Kontext: sie weiß nicht, wie es dazu kam, und auch Experten wissen es nicht.

An dieser Stelle hätte der Student die Möglichkeit, entsprechend dem seiner Frage zugrundeliegenden Interesse nach den damaligen Begleitumständen (070/71), die Darstellung bzw. ihm relevant erscheinende Teile mit einer offenen, erzählungsinitiierenden Frage zu vertiefen. Er führt jedoch die manifeste Ebene weiter und erhebt mittels einer geschlossenen Frage ein weiteres "objektives Datum", das damalige Alter der Patientin. Damit blendet er die erfolgte Darstellung und die Bewertungshandlung der Patientin aus. Mit der anschließenden Frage nach dem Erfolg der medikamentösen Therapie führt er die objektive, faktisch-orientierte Ebene weiter. Damit hat er aber auch die von der Patientin zur Verfügung gestellten psychosozialen Informationen zur Weiterführung nicht genützt und so das Gespräch vom damaligen Erlebensraum wieder entfernt.

Nach der Besprechung der medikamentösen Therapie kommt der Student wieder auf den Zeitraum von vor drei Jahren zurück:

Sm: mh. sie san bis 18 Jahr in die Schul gangen?  
085 Pw: ja: bis 18.

Sm: ja. was machen sie jetzt.  
086 Pw: jetzt bin i/ also im Büro

Sm: im Büro tätig. mhm. - - und war des damals/  
087 Pw: tätig.

Der Student bezieht sich in seiner Frage zwar auf einen Inhalt, der aus den früheren Äußerungen der Patientin erschließbar ist (Schikurs ist eine schulische Aktivität), verbleibt aber weiterhin auf der Ebene der objektiven Daten und führt mit einer Frage nach dem jetzigen Beruf von dem Zeitpunkt vor drei Jahren weg. Anschließend kommt er mit "*und war des damals*" (087) wieder auf diesen Zeitpunkt zurück. Damit findet eine Art Wechselbewegung statt, die immer vom entstehungsrelevanten Zeitraum und von den für die Patientin relevanten Bedeutungen wegführt.<sup>55</sup> Mit dieser letzten Frage (087) geht der Student nun "aufs Ganze" und konfrontiert die Patientin mit einer expliziten Frage nach möglichen psychischen Zusammenhängen:

Sm: im Büro tätig. mhm. - - und war des damals/  
087 Pw: tätig.

088 Sm: i man des wern sie scho ghört haben/ aber irgendwie

089 Sm: ma spricht davon daß a psychische Komponente sehr stark

Sm: mitspielt. is ihnen das amal gsagt worden? von an Arzt?  
090 Pw: des/ ja des hab i schon

Sm: ja. und war des  
091 Pw: ghört daß a nervenbedingte Sache is aber/

Sm: da der Streß sehr stark?  
092 Pw: eben NICHT. i VERSTEH net warum.

Diese explizite Frage nach psychischen Zusammenhängen macht deutlich, daß den vorangegangenen Frageaktivitäten des Studenten auch tatsächlich das Gesprächsziel zugrundelag, diesen Entstehungszeitraum auf psychosoziale Zusammenhänge auszuloten. Da er diesen Zugang durch geschlossene Fragen und die Etablierung der faktischen Bedeutungsebene jedoch selbst verhindert hat, befindet er sich in einem massiven Kommunikationskonflikt: er möchte seinen und möglichen Gruppenerwartungen gerecht werden und das Gesprächsziel erfüllen, das ihm zur Verfügung stehende sprachliche Verhaltensrepertoire erweist sich jedoch als dafür nicht geeignet.

<sup>55</sup> Vgl. dazu die Analyse einer sich annähernden Wechselbewegung in (9.3.2.4.)

Um diesen Konflikt zu bewältigen, setzt er eine *explizite Formulierung des zugrundeliegenden Gesprächsziels* (088-090) ein. Da er die Patientin mit der nachfolgenden Frage "*und war des da der Streß sehr stark?*" (091/92) unterbricht, bekommt diese Gesprächszielformulierung die Funktion einer Einleitung, mit der der Patientin das "populär-psychosomatische" Streß-Konzept unterbreitet werden soll. Der Student versucht also, mögliche krankheitsbedingende psychosoziale Zusammenhänge direkt zu erfragen, verbleibt aber auch hier auf einer ganz allgemeinen Ebene, dem "Streß" (vgl. (9.3.2.2.2.)). Die Patientin reagiert auf diese Frage mit einer Wiederholung und argumentativen Bestätigung ihres in (073/74) schon formulierten Krankheitskonzeptes:

Sm: also/	mh.	mh.
093 Pw: NA. i versteh net warum i des bekommen hab. i man		
Sm:	ja	
094 Pw: O.K. i bin nervös. jeda is nervös. aba daß si des dann		
Sm:	ja. - war da	
095 Pw: glei so auswirkt - hätt ich nicht geglaubt.		
Sm: Maturazzeit oder so		
096 Pw: na bei der Matura hab i schon zwa Wochn		
097 Pw: vorher homöopatische Nervntropfm gnommen. eben damit si		
098 Pw: des so beruhigt a. und mit de Pulver is eh so		
Sm:	und wie is jetzt in der Arbeit? -	
099 Pw: halbwegs gangen.		

Nach der Wiederholung ihres Konzepts des "Nicht-Verstehens" beantwortet die Patientin die Frage nach dem psychischen Streß mit einer Relevanzabstufung ("*jeda is nervös*" (094)) und einer Zweifelsbekundung ("*hätt ich nicht geglaubt*" (095)), womit sie ihr Konzept argumentativ stützt. Wie sich zeigt, lassen sich mit einer direkten Frage nach Krankheitsursachen lediglich die individuellen Krankheitstheorien der PatientInnen erheben. Da die Patientin ihr Konzept zur Krankheitsentstehung schon von selbst geäußert hat, leitet diese neuerliche Thematisierung eine Rechtfertigungshandlung der Patientin ein. Dieser Gesprächsverlauf hat jedoch mit dem Gesprächsziel, das der Student mit dieser Frage intendiert hat, nichts zu tun.

Mit der Frage nach der Maturazzeit (095) versucht der Student nachträglich, mögliche relevante Informationen einzuholen, um *sein* Streß-Konzept zu unterstützen. Der Inhalt dieser Frage ist aus der Darstellung der Patientin zur Entstehungszeit der Erkrankung nicht erschließbar, sie entspringt *seinen* eigenen Vorstellungen oder Erfahrungen mit psychischen Belastungen im letzten Schuljahr einer Höheren Schule. Da er die für die Patientin erlebensrelevanten Bedeutungen dieses Zeitraums nicht mit ihr gemeinsam erarbeitet hat, muß er auf seine eigenen individuel-

len Bedeutungen zurückgreifen. Dies bedeutet für die Patientin, daß sie in ihrer Antwort auch auf *sein* Konzept eingehen muß. Da sich der Student mit der Frage nach der Maturazeit zudem in einem späteren zeitlichen Raum befindet, tritt so eine doppelte Verschiebung ein, nämlich erstens eine bedeutungsmäßige hin zu seinen Konzepten und zweitens eine zeitliche. Auch auf diese Entwicklung reagiert der Student mit einer Frage, die wieder in den aktuellen Zeitraum führt ("jetzt" (099)).

Ein rein fakten-orientiertes Eingehen auf Patientendarstellungen knüpft zwar an Begriffen und Äußerungen der PatientInnen an, vertieft diese aber nicht auf ihre für die PatientInnen spezifischen Bedeutungsinhalte. Dies hat zur Folge, daß die StudentInnen bei einer inhaltlichen Weiterführung auf andere Informationsquellen, z.B. auf ihre eigenen Vorstellungen und Konzepte, zu den von den PatientInnen verwendeten Begriffen zurückgreifen müssen. Das Bild, das so von einem Patienten/einer Patientin im Lauf des Gesprächs entsteht, bleibt notwendigerweise fakten-orientiert und punktuell. Auf dieser Basis ist aber kein Verständnis für zugrundeliegende krankheitsrelevante Zusammenhänge möglich. Wie die Analyse gezeigt hat, versucht der Student deshalb, diese Zusammenhänge auf direktem Wege zu erfragen. Da dies ein häufig auftretendes Phänomen in den untersuchten Gesprächen ist, möchte ich im folgenden näher darauf eingehen.

#### 9.3.2.2. Die Konfrontation mit dem Gesprächsziel

Eine Zielvorstellung psychosozialer Gespräche ist, wie eingangs schon erwähnt, PatientInnen mit ihrer Erkrankung umfassend zu verstehen. Dieses umfassende Verstehen beinhaltet auch ein Verständnis für mögliche krankheitsrelevante Ursachen und Zusammenhänge, das allerdings nur über die gemeinsame Erarbeitung von individuellen Bedeutungen erfolgen kann, also vom Prozeß her im Gesprächsverlauf eher spät anzusiedeln ist. Wie sich in der Analyse des vorigen Gesprächs gezeigt hat, stellt dieses Verstehen von zugrundeliegenden Zusammenhängen für viele StudentInnen das eigentliche und vorrangig zu erreichende Gesprächsziel dar. Dieses konzeptuell eingeeengte Verständnis führt dazu, daß die direkte Frage nach krankheitsrelevanten Lebenszusammenhängen oder Ursachen als Mittel zur Weiterführung der Beschwerdendarstellung eingesetzt wird, die PatientInnen also in einer sehr frühen Gesprächsphase unmittelbar mit dem Gesprächsziel konfrontiert werden. Diese Konfrontation ist mit ein Grund, daß PatientInnen diese Gespräche in so starkem Ausmaß als Prüfungssituation erfahren (vgl. unten sowie (9.5.)).

### 9.3.2.2.1. Die direkte Frage nach Zusammenhängen

Nach dem Beschwerdenbericht des Patienten, der eine Reihe psychosozial relevanter Informationen enthält, führt der Student mit einer direkten Frage nach auslösenden Ursachen und Zusammenhängen weiter:

4-1/B  
Sm: mh. und: - wie das vor an  
108 Pm: eigentlich im großen und ganzen - -

109 Sm: Jahr wieder aufgetreten is war da/ hat sie da irgendwas

110 Sm: besonders verändert in ihrem Leben oder war irgendwie a

Sm: besondere Situation die Sie in Zusammenhang bringen.  
111 Pm: na ansich

Sm: ja  
112 Pm: net. war alls ganz normal - in normale Bahnen verlaufen

Der Student bezieht sich mit dem einleitenden Teil seiner Frage (108/109) auf einen Teil der Patientendarstellung und stellt eine geschlossene, in bezug auf Lebensveränderungen suggestive Frage, die der Patient verneint. Wie oben ausgeführt, lassen sich mit der direkten Frage nach Krankheitsursachen die an sich wichtigen Informationen zu den persönlichen Krankheitstheorien und zur Reflexionsbereitschaft des Patienten/der Patientin erfassen. Als solche ist sie, entsprechend dem Konzept der psychosozialen Gesprächsführung nach Morgan/Engel (1977) jedoch erst in einer späten Gesprächsphase angebracht, wenn der Student/die Studentin über die gemeinsame Vertiefung von erlebens- und krankheitsrelevanten Ereignissen und Lebenssituationen ein komplexeres Bild zum Patienten/zur Patientin gewonnen hat und damit auch einen ersten eigenen Eindruck von möglichen zugrundeliegenden Zusammenhängen und wenn sie bis dahin nicht vom Patienten/der Patientin selbst spontan thematisiert worden ist (vgl. (5.2.3.)). In dieser frühen Gesprächsphase gestellt, erfüllt sie jedoch die Funktion, die gemeinsame Vertiefung und die Entwicklung eines ersten Konzepts zu möglichen Zusammenhängen zu ersetzen.

Damit läuft die direkte Frage nach krankheitsrelevanten Zusammenhängen dem Konzept der psychosozialen Medizin mehrfach zuwider: erstens verhindert eine solche Fragestellung im Gegensatz zu offen erzählungsinitiierenden Aufforderungen weitere spontane Äußerungen und Assoziationen von PatientInnen; gerade diese enthalten aber die relevanten Hinweise für zugrundeliegende Zusammenhänge, aber natürlich nicht die Zusammenhänge selbst; denn, zweitens, sind tatsächliche Zusammenhänge und Ursachen nicht erfragbar, sondern nur erschließbar, da es sich beim Entstehen einer Krankheit oder der Verschlechterung von Beschwerden als Reaktion auf eine konflikthafte Lebenssituation ja um unbewußte Bewältigungsmechanismen handelt, die sich der direkten Befragung notwendiger-

weise entziehen (vgl. (5.1.)); und drittens verhindert die genannte Funktionalisierung der Frage ein Eingehen und damit ein Sich-Einlassen auf den Patienten/die Patientin und die Entwicklung einer vertrauensvollen und im weiteren tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung.

Der Grund für den Einsatz dieser Frage als Mittel der Weiterführung der Patienten-Darstellung liegt im therapeutischen Anspruch des psychosozialen Anamnesegesprächs: das vertiefende Eingehen auf erlebensrelevante Inhalte macht den Einsatz therapeutischer sprachlicher Handlungen notwendig, die dem Studenten aus dem obigen Beispiel nicht zur Verfügung stehen. Da er das eigentliche Gesprächsziel interaktiv nicht umsetzen kann, greift er auf sprachliche Mittel zurück, die geeignet sind, ein - zumindest oberflächlich - ähnliches Gesprächsziel zu erfüllen.

In einigen Gesprächen wird die *direkte Frage nach krankheitsrelevanten Zusammenhängen* durch ein entsprechend insistierendes Verhalten der StudentInnen zum eigentlichen Thema des Gesprächs, also zum eigentlich verfolgten Gesprächsziel.

Die Studentin hat die Patientin anschließend an deren Beschwerdenbericht schon zwei Mal nach ihr bewußten möglichen Ursachen für deren Asthma befragt, was von der Patientin in Form von rechtfertigenden Darstellungen verneint wurde:

4-3/A

252 Pw: es is schon möglich. oja es muß

253 Pw: was gegebm ham. das sag ich mir auch wenns psychisch

Sw: ja  
254 Pw: wäre. nicht? vielleicht schon. waß net. aber des/i kanns

Sw: also bewußt is Ihnen nix?  
255 Pw: selbst net beurteilen wissn Sie?

Sw: ham Sie schon mal drüber nachgedacht?  
256 Pw: bewußt is mir nix!

Sw: jaja.  
257 Pw: ja öfter schon. na? und auch schon wirklich oft mit

Sw: ja.  
258 Pw: Ärzten darüber gesprochen ( ) es kann nur sein

259 Pw: daß i vielleicht - - - als Einzelkind aufgewachsen bin. -

Sw: mh.  
260 Pw: - ja? is möglich. ich weiß es nicht. und und äh - scho

Sw: mhm  
261 Pw: vielleicht a bißl dominierend war immer. - - und das mi

262 Pw: des irgendwie innerlich vielleicht/ ich weiß es nicht.

263 Pw: belastet hat oder -

Die insistierenden Fragen der Studentin führen dazu, daß die Patientin unter einen gewissen Bekenntniszwang gerät und sie schließlich dazu übergeht, laienpsychologische Konzepte als mögliche Erklärungen heranzuziehen ("Einzelkind" (259)). Diese Nachfragen der Studentin zielen nur auf das Erfassen von Krankheitszusammenhängen ab, die der Patientin selbst bewußt sind; sie haben mit einer Vertiefung und einem verstehenden Eingehen auf die vorangegangenen Darstellungen der Patientin nichts zu tun, entsprechen also auch nicht einer psychosozialen Gesprächshaltung. Da diese Nachfragen aber nicht mehr mit den Darstellungen der Patientin aus dem Beschwerdenbericht verknüpft sind, können darauf erfolgende Informationen nicht rückgebunden werden. Dies erzeugt sekundäre Kommunikationsprobleme, da die Verbindung zur Beschwerdendarstellung verloren gegangen ist und ein Wiederanschluß ein erhebliches Maß an gesprächsorganisatorischer Arbeit erfordert. Wie auch in diesem Gespräch initiieren die StudentInnen an solch einem Punkt zumeist einen für die PatientInnen nicht nachvollziehbaren Themenwechsel.

274 Sw: und wie reagiert ihr Mann auf auf auf/wenn Sie Anfälle

Sw: haben. wie wie wie? oder ( ) bemerkt  
275 Pw: na ja.

Aufgrund der verlorenen Verbindung zum Beschwerdenbericht der Patientin und diesem nicht nachvollziehbaren Themenwechsel wird der Gesprächsablauf insgesamt gestört, die Redebeiträge der Patientin werden kürzer, die Frageaktivität der Studentin nimmt sukzessive zu.

Diese direkten Fragen nach Ursachen und Zusammenhängen machen einen grossen Teil der Gesprächsaktivitäten der Studentin aus. Damit wird deutlich, daß sie primär das Gesprächsziel einer "Manifestation von psychischen und/oder sozialen Zusammenhängen" verfolgt und zu erreichen versucht. Das insistierende Nachfragen ist ein Hinweis auf den Druck, unter den die Studentin beim Versuch, dieses Gesprächsziel zu erfüllen, gerät. Dieser Druck wird in Form eines Bekenntniszwangs auf die Patientin übertragen, die sich zunehmend einer Prüfungssituation ausgesetzt sehen muß. Durch die Einengung auf dieses Teilziel wird jedoch das eigentliche Ziel eines psychosozialen Gesprächs, nämlich die Wahrnehmung des relevanten Erlebens der Patientin ausgeblendet.

Das relevante Erleben der Patientin manifestiert sich im Laufe des Gesprächs in vielfältigen Hinweisen zu dem für sie zentralen Thema, nämlich der Abhängigkeit von dem Cortisonpräparat, mit dem sie aufgrund ihres Asthmas seit Jahren behandelt wird. Folgende Ausschnitte mögen dies illustrieren:

Sw: ja.  
018 Pw: i hab aber net gwußt ob Cortison - schädlich is oder was

019 Pw: des überhaupt is ja? keine Ahnung. ja? nie im Spital

\*\*\*

Sw: kommen Sie gut zurecht oder nehmen Sie die?

049 Pw: und jetzt nehm

050 Pw: ich nicht mehr so viel. damals bin ich schon runter

051 Pw: gekommen auf 8 mg in - in /Spital/. und da hat man auch

\*\*\*

058 Pw: außer daß ich halt immer wieder versuch wegzukommen

059 Pw: und das nie geht ähm ah/bin ich noch keinen Tag ohne

Sw: mh. und ham sie trotzdem ab und zu

060 Pw: Cortison gwesen. -

\*\*\*

Sw: mh.

075 Pw: mir auch sehr gut geholfen. also seit ich die Pille nehm

076 Pw: und i hab sie deshalb eigentlich auch begonnen zu nehmen

077 Pw: nehm ich nur mehr 4 mg.- des is jetzt her - - i waß net

078 Pw: wie lang aber i tät scho sagen 10 Jahr ungefähr.

\*\*\*

145 Pw: und versuch also schon immer wieder von diesem

146 Pw: Cortison von diesen lächerlichen 4 mg eigentlich

Sw: - mh. sie sind berufstätig ham sie gsagt.

147 Pw: wegzukommen. ja.

\*\*\*

297 Pw: weil des mit der Pille des war ein echt/ äh - also -

298 Pw: merkbar. des war von/des konnt i praktisch innerhalb einer

299 Pw: Woche konnt i von diesen 8 mg auf die 4. oder binnen

300 Pw: Tagen eben. - des is seit i die Pille nehm nehm i nur

Sw: jaja. das ham sie mir schon

301 Pw: mehr 4 mg ah Cortison nen? jaja.

\*\*\*

320 Pw: vergißt.- - - - aber warum des wirklich is und warum ma

Sw: ähm.- -

321 Pw: davon nicht wegkommt ich weiß es nicht. vielleicht

\*\*\*



nem "handfesten" Ergebnis führen. Diese zugrundeliegende Ergebnisorientiertheit schließt jedoch ein prozeßorientiertes, auf die PatientInnen und deren Erleben eingehendes Gesprächsverhalten aus.

#### 9.3.2.2.2. Psychosomatische Kurzformeln

Eine ähnlich ergebnisorientierte Funktion wie die direkte Frage nach Zusammenhängen erfüllen die allgemein als krankheitsauslösend bekannten Faktoren wie Streß, Alkohol- und Nikotinkonsum oder Übergewicht, die ich als "psychosomatische Kurzformeln" bezeichnen möchte. Die Verwendung dieser "psychosomatischen Kurzformeln" tritt fast immer im Anschluß an direkte Fragen nach krankheitsauslösenden Ursachen auf.

Im folgenden Gespräch beschreibt die Patientin das Auftreten ihrer Bluthochdruckkrise, die der Grund für ihre Einlieferung ins Spital gewesen ist. Zuvor hat sie selbst ihr Übergewicht als einen Grund für den Bluthochdruck bezeichnet.

3-5/A  
051 Sw: könnenS amal

Sw: beschreibm wie Sie sich da fühl'n.  
052 Pw: wies ärger wordn is?

Sw: mhm  
053 Pw: Schwindelanfälle - - also über Stiegn konnt ich überhaupt

054 Pw: nimmer gehn. weder rauf noch runter - konnt die Höh net

Sw: mhm  
055 Pw: unterscheidn wiema geht - erbrechn - na übel - sehr übel.

Sw: mhm  
056 Pw: dazu no Angstzustände kommen noch dazu net - Luft

Sw: mhm. Sie ham vorher  
057 Pw: kriegt ma keine. - so die Beschwerdn.

058 Sw: schon mal - so ein bissi angesprochen - selber Ursachen.

Sw: können Sie da selber sich irgendwie was zamreimen.  
059 Pw: ah daß

Sw: ja. genau.  
060 Pw: das entsteht - meinen Sie? naja Übergewicht na -

061 Pw: und vielleicht auch Alkoholgenuß. ich trink zum Wochnende

062 Pw: gern a Viertel Wein oder was. des sollt ma auf keine Fall

Die Studentin fordert die Patientin zwar zu einer Erlebensbeschreibung auf, geht daran anschließend darauf aber nicht ein, sondern bezieht sich mit "*Sie ham vorher schon mal - so ein bissi angesprochen - selber Ursachen*" (057/8) auf eine frühere Gesprächspassage, in der die Patientin ihr Übergewicht seit einer Gebärmutteroperation angesprochen hat. Damit führt sie die Patientin weg von der erlebten und erzählten Auslösesituation und erhält eine, im Kontrast zur eben erfolgten Erzählung geradezu abstrakt anmutende Antwort "*Übergewicht*" (060) und "*Alkoholgenuß*" (061).

Die über die Erzählaufforderung initiierte Darstellung der Patientin zieht, wie schon mehrfach erwähnt, therapeutische sprachliche Handlungen der Bearbeitung und Vertiefung nach sich. Die Frage der Studentin (057/8) ist als thematische Verschiebung zu verstehen, mit der der eingeleitete Prozeß abgebrochen wird (vgl. (6.2.3.)). Etwas später kommt die Studentin noch einmal auf die Abklärung der Zusammenhänge zurück:

111 Sw: mhm. - ja. aber wenn Sie - wenn

112 Sw: Sie jetzt selber - sich - jetzt sag ich amal - ich hab

113 Sw: mich genauso gfragt - so zamreimen selber - wie Sie

Sw: sich selba des - die Entstehung der Erkankung erklären -  
114 Pw: ja

Sw: das Übergewicht vor allem. mhm Übergewicht: - sogn  
115 Pw: s'Übergewicht is wichtig des tragt

Sw: Sie kommt vor allm wegn der Operation.  
116 Pw: sehr sehr viel bei. ja des is: ja

117 Pw: i red mirs halt ein daß es davon kommt. weil seit diesm

Sw: vorher war  
118 Pw: Zeitpunkt leid ich unter Übergewicht. vorher

Sw: ganz normal. - gut.  
119 Pw: nicht - nein. ja

Die neuerliche Frage nach den Ursachen bringt jedoch keine für das Verständnis der Patientin relevanten Informationen: erstens beantwortet die Studentin ihre Fragen selbst (115), wodurch sie andere Informationen von seiten der Patientin verhindert, und zweitens hat sie im dazwischenliegenden Gesprächsabschnitt die relevanten psychosozialen Informationen mit der Patientin nicht in einer Form bearbeitet, die ihre Wahrnehmung vom inneren Bezugssystem der Patientin erweitert hätte. Die Studentin geht auch im weiteren Gespräch nicht auf individuelle zugrundeliegende Bedeutungen des Übergewichts für die Patientin ein. Dies deutet darauf hin, daß sie das Gespräch mit dem Ergebnis "Bluthochdruck durch Übergewicht" beenden

möchte. Diese "Diagnose" entspricht übrigens der Zusammenfassung der allerersten Patienten-Darstellung (vgl. (9.2.2.2.)):

Sw: mhm.	mhm
004Pw: - - leide seit längerer Zeit unter Bluthochdruck.	
***	
008Pw: - bin i daher komman - die ham sich gleich gstürzt	
009Pw: über mich - gleich (.....). ham festgestellt daß	
010Pw: ich Übergewicht hab - des wußt ich eh selbst. - na	

Die Analysen zeigen, daß direkte Fragen nach krankheitsauslösenden Zusammenhängen und "psychosomatische Kurzformeln", die als Mittel der Erweiterung von Beschwerdenberichten eingesetzt werden, ein verstehendes Eingehen auf das innere Bezugssystem der PatientInnen verhindern und in den Gesprächen eine Doppelfunktion erfüllen. Sie können einerseits dazu funktionalisiert werden, um gerade die Auseinandersetzung mit dem inneren Bezugssystem eines Patienten/einer Patientin zu vermeiden, wenn diese Auseinandersetzung zu schwierig oder als nicht bewältigbar erscheint. Sie können andererseits als sprachliche Bewältigungsmechanismen eines eingengten zugrundeliegenden Gesprächsziels fungieren, nämlich der "Manifestation psychosozialer Krankheitszusammenhänge". Dieses eingengte Gesprächsziel kann selbst wieder die schon genannte Vermeidungsfunktion erfüllen.

### 9.3.2.3. Die Initiierung eigener Themen

In einigen Gesprächen bleiben die Beschwerdenberichte der PatientInnen bzw. deren unvollständige Realisierungen mit dem weiteren Gespräch unverbunden. Die StudentInnen beziehen sich in ihren anschließenden Fragen nicht auf Themen, Äußerungen oder Begriffe, die von den PatientInnen eingeführt und verwendet worden sind, sondern initiieren eigene Themen. Diese Themen betreffen biografische Informationen und Fragen zu den aktuellen familiären und beruflichen Lebensumständen. In den folgenden Analysen möchte ich untersuchen, welche Funktion die Initiierung eigener Themen als Mittel der interaktiven Weiterführung der Patienten-Darstellungen erfüllt, welches Gesprächsziel diesem Verhalten zugrundeliegt, und welche Auswirkungen es auf das Gesprächsverhalten der PatientInnen hat.

#### 9.3.2.3.1. Der "psychosoziale Bruch"

Im folgenden Gespräch hat die Patientin ausführlich von ihren aktuellen Beschwerden, nämlich mehrfach operierten Zysten an den Eierstöcken, berichtet. Dabei hat

sie auch Hinweise auf die dadurch bedingte Kinderlosigkeit und berufliche Belastungen gegeben. Der Beschwerdenbericht ist durch krankheits- und faktenorientierten Nachfragen des Studenten mehrfach unterbrochen worden. Im Anschluß an die Darstellung der letzten aktuellen Zysten-Operation, stellt der Student eine Frage biografischen Inhalts:

2-6/B

Sm: Sie sind in Wien geboren?
131 Pw: I bin in Wien geboren - ja.

Sm: - Mhm. - Ja können Sie kurz - ah - erzähl/- in Wien
132 Pw: ja

Sm: geboren/- also Ihr Leben kurz. So an Abriß.
133 Pw: ja ja /Mit genauen / lacht

Sm: Die Daten - wenn sie Ihnen wichtig sin - dann sagn
134 Pw: Daten? / lacht /

Sm: Sies.
135 Pw: - Also ich bin am /Tag, Monat/ 1947 in Wien geborn.

Sm: 1947. 47. mhm.
136 Pw: 47. - Bin im /X./ Bezirk - des war damals

137 Pw: noch ein schöner grüner Bezirk - bin ich also in die
--

138 Pw: Volksschul gegangen und in die Mittelschule.
--

Nachdem der Student mit einer einleitenden Frage nach dem Geburtsort der Patientin in den biografischen Bereich gewechselt hat, fordert er sie relativ unvermittelt auf, ihr Leben zu "erzählen" (132), allerdings kurz und abrißhaft. Eine genaue Betrachtung verdient die lachend gestellte Orientierungsfrage der Patientin "mit genauen Daten?" (133/4)". Diese Formulierung der Erzählaufforderung initiiert einen knappen, stichwortartigen Bericht seitens der Patientin und kontrastiert sehr stark mit dem vorangegangenen dialogischen Gesprächsverlauf. Der, der Erzählaufforderung zugrundeliegende Sinn ist für die Patientin nicht eindeutig nachvollziehbar. Sie reagiert auf diese unvorhergesehene Interaktionssituation mit einem ironisierenden, die gewünschte knappe Berichtform übersteigernden Kommentar. Solche jovialen, ironisierenden oder scherzhaften Bemerkungen von PatientInnen als explizite Reaktion auf nicht eindeutig interpretierbare Interaktionsteile finden sich in den untersuchten Gesprächen mehrfach und treten übrigens in vergleichbaren Interaktionssituationen auch in herkömmlichen ärztlichen Gesprächen auf (vgl. (4.2.3.1.)).

Zusätzliche Erzählaufforderungen im Laufe des Gesprächs sind an sich geeignete sprachliche Handlungen, um relevante Themen und Bereiche aus der Pati-

enten-Darstellung zu vertiefen (vgl. (9.3.2.4.)). Die vorliegende Erzählaufforderung bezieht sich aber erstens nicht auf vorangegangene Äußerungen der Patientin, sondern betrifft ein vom Studenten als relevant bestimmtes Thema, und zweitens hat sie inhaltlich keinen nachvollziehbaren Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden.

Ab (135) bringt die Patientin eine sehr genaue Darstellung eines auf Schul- und Berufsausbildung fokussierten, also rein *faktenorientierten* Lebenslaufs. Der Student erhält auf seine Erzählaufforderung also eine Reihe biografischer Daten über die Patientin, die aber aufgrund des fehlenden Gesprächszusammenhangs nicht rückgebunden und nicht mit dem Beschwerdenbericht vernetzt werden können. Aus diesem Grund kommt er im Anschluß an diese Darstellung in neuerliche interaktive Weiterführungsprobleme:

Sm:	mhm
168 Pw:	- und es kommt immer wieder was Neues dazu - neue

Sm:	hm
169 Pw:	Geräte zum Teil na - Wärmebehandlungen. Blaulicht und

Sm:	hm	- hm.- - - Najo - hats hats -
170 Pw:	Teillichtkastn - na. nja.	

Sm:	Krankheiten - geben oder?
171 Pw:	Größere Sachen bis auf meine

172 Pw:	Zystn - hab ich mal noch meine Zehen operieren lassen.
---------	--

Der Student bewältigt diese schwierige Kommunikationssituation mit einem weiteren Themenwechsel. Die Frage nach früheren bzw. anderen als den aktuellen Krankheiten entstammt dem Ablaufschema von herkömmlichen Anamnesegesprächen. Zusammen mit dem nicht nachvollziehbaren Themenwechsel in den somatischen Bereich etabliert er so den herkömmlichen Arzt-Patienten-Diskurs.

Dieses sich wiederholende Gesprächsverhalten des Studenten führt regelmäßig zu *Bruchstellen im Gesprächsverlauf*: er initiiert Darstellungen der Patientin, geht auf diese Darstellungen aber weder psychosozial erweiternd noch faktenorientiert ein, sondern führt ein neues Thema ein. Da diese neu eingeführten Themen zumeist psychosoziale Bereiche wie familiäre, berufliche und allgemeine Lebensumstände, aber auch z.B. die Kindheit betreffen, ist anzunehmen, daß der Student "umfassende" psychosoziale Informationen über die Patientin erheben möchte. Diesem Gesprächsverhalten liegt also ein Gesprächsziel wie die "umfassende psychosoziale Diagnose" zugrunde. Beim Konzept der "umfassenden Diagnose" nach Balint liegt die Betonung aber auf der *Synthese* der somatischen, psychischen und sozialen Teilaspekte, hier werden unsystematisch Informationsteile gesammelt, die unverbunden nebeneinander stehen bleiben (müssen).

Dieses Gesprächsverhalten ist ebenfalls ergebnisorientiert, und zwar im rein quantitativen Sinn: aufgrund der zahlreichen Themeneinführungen kommen im

Lauf eines solchen Gesprächs eine große Menge von Einzelinformationen zusammen, zugleich ermöglicht dieses Gesprächsverhalten, die Interaktion beliebig lange fortzusetzen, also zeitlich langdauernde Gespräche zu führen. Wie schon in (7.3.) ausgeführt, kann dieses ergebnisorientierte Gesprächsverhalten die Funktion erfüllen, den Gruppenerwartungen gerecht zu werden und "möglichst vielfältige und lange" Gespräche zu führen.

Insgesamt läßt sich festhalten, daß die Verfolgung eines ergebnisorientierten Gesprächsziels immer dazu führt, daß der thematische Verlauf des Gesprächs von den StudentInnen bestimmt wird, der innere Bezug zu den Patienten-Darstellungen unterbrochen wird und verloren geht, die so erhaltenen Informationen nicht rückgebunden und miteinander vernetzt werden können, der Blick für die jeweils individuell relevanten Zusammenhänge verloren geht und das Gespräch sich sukzessive vom Relevanzsystem des Patienten/der Patientin und damit von deren Person entfernt.

#### 9.3.2.3.2. Der nicht nachvollziehbare Themenwechsel

Abschließend möchte ich noch auf die speziellen Auswirkungen eingehen, die nicht nachvollziehbare Themenwechsel auf das Gesprächsverhalten der PatientInnen haben. Im Anschluß an den Beschwerdenbericht des Patienten erhebt der Student Informationen zum Bereich "familiäre Erkrankungen":

```
4-1/B
Sm: Eltern oder Geschwister?           Ihre Eltern leben no.
122 Pm:                                 ham a nix.

Sm:   und san gsund?           - und ham Sie Kontakt zu
123 Pm: ja                       ja.

Sm:  ihren Eltern?                mh.
124 Pm:                             ja. (                ) i könnt

Pm: net sagen daß mi irgendwas aus der /Bahn gworfen hätt
125                                     / lachend

Sm:                                 und - daß sie jetzt da in ihm Beruf
Pm: oder so/
126 lachend/
```

Der Student stellt eine Reihe geschlossener Fragen, die vom Patienten jeweils mit einem kurzen, knappen "ja" beantwortet werden. Da diese Fragen nicht mit Inhalten aus seiner vorangegangenen Darstellung verbunden sind, ist ihre zugrundeliegende Bedeutung für den Patienten im Gesprächszusammenhang nicht interpretierbar. Er beschränkt sich daher auf die knappst möglichen Informationen.

Als der Student mit der Frage nach dem Kontakt zu den Eltern (123) in den psychosozialen Bereich expandiert, nimmt der Patient in seiner Antwort eine entsprechende *Deutung der Themeninitiative* vor. Er vermutet hinter der Frage des Studenten eine versteckte Frage nach möglichen krankheitsauslösenden familiären Umständen und geht in seiner Antwort explizit auf dieses Konzept ein. Damit entsteht ein ähnlicher Prozeß wie er durch die direkte Frage nach möglichen krankheitsbedingenden Zusammenhängen ausgelöst wird (vgl. (9.3.2.2.1.)): der Patient stellt sein *individuelles Krankheitskonzept* dar. Da er im Rahmen seines Beschwerdenberichts schon spontan geäußert hat, daß er sich das Auftreten seiner Erkrankung, einer colitis ulcerosa, nicht erklären könne, hat diese neuerliche Darstellung wieder Rechtfertigungscharakter ("*i könnt net sogn ...*" (124/5)).

Dieser Verlauf wiederholt sich an einer späteren Gesprächsstelle nochmals. Das Gespräch ist ins Stocken gekommen. Nach einer Pause von 12 Sekunden (!) initiiert der Student im Sinne einer "umfassenden Sammlung psychosozialer Informationen" das Thema "Kindheit":

4-1/B

307 Sm: /12 sec Pause/ Wollns uns über ihre Kindheit a bißl was

Sm: erzähln? oda.

308 Pm: is eigentlich super verlaufm muaß i sogn. mir

309 Pm: hat nie irgendwas gfehlt. i hab nie - wos waß i - Watschn

310 Pm: kriagt oda sunst irgndwas. i man des is ois super gwesen.

311 Pm: kennt i nix sogn - daß i irgendwie a schlechte Kindheit

Sm: mhm.

312 Pm: ghabt hätt oda.

Der Patient geht auf die Erzählaufforderung des Studenten mit einer kurzen Darstellung einer problemfreien Kindheit ein. Die abschließende Formulierung "*kennt i nix sogn - daß i ...*" (311/2) ist wieder eine rechtfertigende Darstellung seines individuellen Krankheitskonzepts. Dies macht deutlich, daß es sich bei der gesamten Schilderung wieder um eine Deutung der Themeninitiative als Frage nach krankheitsauslösenden Ursachen handelt und erklärt die positive Darstellungsweise. Diese Interpretationsversuche des Patienten bewirken aber, daß der Student auf seine Fragen, so problematisch sie insgesamt sind, keine inhaltlich relevanten Antworten erhält. Damit erhält er aber auch keine weiteren, für den Patienten erlebensrelevanten Informationen, die anschließend weitergeführt und bearbeitet werden könnten. Und so führt diese Gesprächssituation sozusagen automatisch zu einer neuerlichen Themeninitiative von seiten des Studenten.

#### 9.3.2.4. Die patientenzentrierte Erweiterung

Abschließend möchte ich auf ein Gespräch zwischen einer Studentin und einer Patientin eingehen, in dem es der Studentin gelingt, die Darstellung der Patientin entsprechend den Zielsetzungen eines psychosozialen Anamnesegesprächs interaktiv weiterzuführen und erlebensrelevante Teile zum Thema des weiteren Gesprächs zu machen und zu vertiefen.<sup>56</sup>

Die Patientin hat ihre aktuellen Beschwerden als "Luftbeschwerden bei Belastung" bezeichnet. Einleitend ermöglicht die Studentin der Patientin einen ausführlichen Beschwerdenbericht, in dem diese eine seit vier Jahren zunehmende Verschlechterung ihrer Erkrankung beschreibt:

3-1/B  
010 Pw: i hob ka Luft mehr kriagt. |  
011 Pw: net. Bei Belastung hob i ka Luft mehr kriagt. do hob |  
012 Pw: hob i a Grippe ghobt - des is zirka vier Jahr jetzt her. |  
\*\*\*  
038 Pw: oba die Beschwerden san jetzt mehr wordn. Jetzt hob i |  
039 Pw: hoit bei Belastung imma weniger Luft kriagt. Do hob |  
040 Pw: i stehbleiben miassn. |

Die zentralen, von der Patientin mehrfach verwendeten Begriffe sind "*Belastung*" (011, 039) und "*Beschwerden*" (038). Im Anschluß an den eher somatisch ausgerichteten Beschwerdenbericht geht die Studentin zusammenfassend auf diese beiden Begriffe ein:

060 Sw: und Sie ham gsagt Sie ham Beschwerdn -also bei Belastung. |  
Sw: und was sind das für Belastungen?  
061 Pw: jo Luftbeschwerden |  
Sw: könnten Sie das ein bißchen erklären genauer?  
062 Pw: najo. mir |  
Sw: mhm. ah ja.  
063 Pw: hom a Landwirtschaft - na. Und do san schon |  
Sw: also beim Arbeiten. oder  
064 Pw: schwere Belastungen - na. jojo |

<sup>56</sup> Da es sich bei diesem Gesprächsverlauf um einen Einzelfall im gesamten zur Verfügung stehenden Material handelt und sich die Studentin von ihrer Ausbildung her von den anderen StudentInnen nicht unterscheidet, müssen zur Erklärung dieses Gesprächsverlaufs Faktoren wie besonderes Einfühlungsvermögen der Studentin oder spontane Sympathie herangezogen werden.

Sw: speziell oder wie  
065 Pw: jo - sogma wenn i so an volln Wasserkübel

066 Pw: tragn hab - also da hab i scho rastn müssn. wei des hob i

067 Pw: nimma tragn könnan. also i bin a Stückl gangen - hob mi

Sw: und wie is  
068 Pw: - des hot dann so des Drucken angefangt - net.

Sw: das dann genau - die Beschwerden.  
069 Pw: ja - unguat. weil ma so a

070 Pw: ungutes Gfühl kriagt. ( ) i hob imma zwenig Luft

071 Pw: kriagt. also ma ziagt dann so tief hoch. das is wenn i

072 Pw: do jetzt über die ganze Wendeltreppn auffegangan war -

073 Pw: wie ma obagangen san - also des - do miassat i glaub i

Sw: mhm. und das  
074 Pw: drei vier Mal rastn bis i do auffakumm - na.

Sw: erste mal vor drei oder vier Jahren.

075 Pw: jo.

Die Studentin faßt die Darstellung der Patientin mit den von ihr mehrfach gebrauchten allgemeinen Begriffen "Beschwerden" und "Belastung" zusammen (060) und läßt diese Zusammenfassung von der Patientin bestätigen. Dann fordert sie die Patientin über erzählungsinitiierende Fragen auf, zuerst diese Belastungen (061) und danach die Beschwerden (068) genauer zu beschreiben. Damit erhält sie zu jedem Begriff einen natürlich noch allgemeineren, aber doch schon speziell für die Patientin zutreffenden Bedeutungsinhalt.

Mit diesem Informationszuwachs geht die Studentin in (074/5) zu dem von der Patientin angegebenen Beginn der Beschwerdenentstehung zurück, führt also zu einem krankheits- und möglicherweise erlebensrelevanten zeitlichen Raum hin. Sie erkundigt sich detaillierter nach den Einzelbeschwerden in diesem Zeitraum, verbleibt also noch im rein krankheitsbezogenen Bereich. Danach weitet sie diesen Zeitraum aus:

086 Sw: und bevor Sie das eben hatten vor drei vier Jahren -

087 Sw: haben Sie da noch andere Krankheiten die Sie belastet

Sw: haben. oder Beschwerden.  
088 Pw: na. - na i hab mit 41 Jahrn

089 Pw: noch a Kind kriagt. des is jetzt 7 Jahr. und nach drei

Sw: na ham Sie noch mehr  
090 Pw: Johr zirka hot des dann angfangt.

Sw: Kinder?.. und das ist der Nachkömmling.  
091 Pw: zwa große. ja.

092 Pw: da wor i no gsund. voll aktiv. des hot ma überhaupt

093 Pw: nix gmocht.

Sie orientiert die Patientin mit der zeitlichen Markierung "*vor drei oder vier Jahren*" (086), daß sie sich noch in dem für die Entstehung der Krankheit relevanten zeitlichen Raum befindet. Der Begriff "Beschwerden" hat einen engeren Bedeutungsumfang im Sinne von körperlichen Beschwerden, also Krankheiten, und einen weiteren im Sinne von allgemeinen Beschwerden und Strapazen. Die Studentin erkundigt sich zuerst nach weiteren belastenden "*Krankheiten*" (087), was von der Patientin verneint wird, und danach nach "*Beschwerden*" (088). Durch die Verwendung der engeren und der weiteren Bedeutung stellt sie der Patientin für die Beschwerden eine mögliche Bedeutungserweiterung zur Verfügung. Die Patientin geht darauf ein und erzählt von der Geburt des letzten Kindes und stellt auch wieder eine Beziehung zu den aktuellen Beschwerden her ("*und nach drei Johr*" (089)). Die Studentin erkundigt sich nach der insgesamten Anzahl der Kinder. Daß die Patientin mehrere Kinder hat, ist aus ihrer Formulierung "*noch a Kind*" (089) erschließbar, dadurch bleibt die Studentin mit dieser Frage inhaltlich bei der Äußerung der Patientin. Nach der Antwort der Patientin ("*zwa große*" (091)) bezieht sich die Studentin wieder auf das, von der Patientin assoziativ auf allgemeinere Beschwerden genannte jüngste Kind, den "*Nachkömmling*" (091). Die Patientin schließt eigenständig mit einer Befindensdarstellung an, die den seit vier Jahren aktuellen körperlichen Beschwerden vorausgegangen ist.

Das weitere Gespräch beinhaltet eine darauffolgende ausführliche Schilderung der großen Familie und der schweren körperlichen Arbeit auf der Landwirtschaft. In diesem Zusammenhang spricht die Patientin auch ihre *psychische Belastung* wegen des frühen Auftretens der Erkrankung und der Angst, die Arbeit nicht mehr bewältigen zu können, an. In der Abschlußphase thematisiert die Studentin die Möglichkeiten einer *Entlastung* der Patientin durch einen Erholungsaufenthalt und die Anstellung einer Heimhilfe.

Durch diese Ausweitungen und Rückführungen, die ganz eng mit den Äußerungen der Patientin verknüpft sind, findet eine Art Wechselbewegung statt, durch die die Beziehung zwischen vielfältigen Belastungen und körperlichen Beschwerden sukzessive ausgeweitet und mit vielfältigen Informationen gefüllt wird. So kann die Studentin den von der Patientin für die Krankheitsbeschreibung verwendeten Ausdruck auf seine somatischen UND psychosozialen, also individuell relevanten Bedeutungen hin ausloten, und gemeinsam mit der Patientin deren aktuelle Lebensumstände unter diesem Fokus betrachten.

Indem die Studentin stets nahe bei den von der Patientin gewählten Ausdrücken und Inhalten bleibt, bleibt sie - auch im übertragenen Sinn - nahe bei der Patientin und vermittelt ihr, daß sie sie wahrnimmt und wichtig nimmt. Das Ergebnis dieses Umgangs ist, daß die Studentin in diesem ersten Gespräch ein recht zusammenhängendes Bild von der Patientin, ihren Lebensumständen und ihrem Umgang mit der Erkrankung erhält und eine Reihe krankheitsfördernder Lebensbedingungen sichtbar werden. Für einen gedachten Krankenhausalltag schaffen diese Informationen eine gute Basis für weitere Gespräche und für längerfristige therapeutische Maßnahmen.

Hervorgehoben sei noch, daß die Studentin sich in dem Gespräch mit diesem Ergebnis zufrieden gibt und darauf verzichtet, die Patientin sozusagen zum Abschluß auf ein explizites Benennen von möglichen krankheitsauslösenden Lebensumständen oder Zusammenhängen zu drängen, wodurch die Möglichkeiten dieser Situation nicht überstrapaziert und die Studentin bzw. die Patientin nicht überfordert werden.

### 9.3.3. Zusammenfassung

Die einleitende Erzählaufforderung der StudentInnen initiiert bei den PatientInnen nicht eine Erzählung im allgemeinen Sinn, sondern *das sprachliche Handlungsmuster "Beschwerdenbericht"*, der von den StudentInnen vor allem in der Anfangsphase bewußt und aktiv gestützt werden muß, da die Durchführung einer längeren Diskurseinheit für die PatientInnen im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs eine für sie ungewohnte sprachliche Handlung ist.

Als *musterstützend* haben sich die Betonung der Zuhörerrolle und die Manifestation der Rollenverteilung 'erzählende PatientInnen' - 'zuhörende StudentInnen' über sprachliche Handlungen wie bestätigende Hörsignale und weitere Aufforderungen zur chronologischen Darstellung erwiesen. *Musterstörend* sind vor allem sprachliche Handlungen wie frühes und detailliertes Nachfragen, die aufgrund ihres Unterbrechungscharakters weitere Nachfragen der StudentInnen nach sich ziehen und die Erzählbereitschaft der PatientInnen verringern. Der Grund für musterstörende sprachliche Handlungen der StudentInnen liegt darin, daß diese den Beschwerdenbericht der PatientInnen aufgrund seiner anfänglichen Nähe zu einer knappen Beschwerdendarstellung in einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch nicht als das auf die Erzählaufforderung einsetzende Handlungsmuster erkennen. Dies führt zur Konkurrenz zweier sprachlicher Handlungsmuster, dem Beschwerdenbericht und einem, dem herkömmlichen ärztlichen Gespräch verwandten Frage-Antwort-Diskurs, was zunehmende Gesprächs- und Musterunterbrechungen zu Folge hat.

Diese *divergierenden Handlungsmuster* wirken dysfunktional: die InteraktantInnen sind überfordert, da sie gleichzeitig zwei unvereinbaren sprachlichen Verhaltensweisen nachkommen müssen; der Versuch, einen in sich konsistenten Be-

schwerdenbericht zu realisieren, muß scheitern; die krankheitsrelevanten Zusammenhänge, die die eigentliche Grundlage eines psychosozialen Gesprächs darstellen, gehen verloren.

Bei der interaktiven *Weiterführung des Beschwerdenberichts* und der Einbindung relevanter Anteile in das weitere Gespräch wird der therapeutische Ansatz des psychosozialen Anamnesegesprächs akut. Die Analyse zeigte, daß die StudentInnen an diesen Gesprächsstellen sich entweder auf objektive Fakten aus der Patienten-Darstellung beziehen und psychosozial relevante Anteile ausblenden oder aber sprachliche Handlungen einsetzen, die zwar geeignet sind, das Gespräch mit den PatientInnen weiterzuführen, mit Inhalten der Patienten-Darstellung direkt jedoch nichts zu tun haben. Bei diesen sprachlichen Handlungen handelt es sich um direkte Fragen nach krankheitsrelevanten Zusammenhängen, die Verwendung psychosomatischer Klischees und die Initiierung nicht-nachvollziehbarer Themenwechsel, denen allen eine oberflächliche, ergebnisorientierte Erfüllung des Gesprächsziels zugrundeliegt und die geeignet sind, das vertiefende Eingehen auf erlebensrelevante Darstellungen zu umgehen, da dies den Einsatz therapeutischer sprachlicher Handlungen notwendig macht.

Wie die Analysen zeigen, führt der Versuch, ein *ergebnisorientiertes Gesprächsziel* umzusetzen im weiteren dazu, daß der thematische Verlauf von den StudentInnen bestimmt wird, wodurch sich das Gespräch sukzessive vom Relevanzsystem des Patienten/der Patientin und damit von deren Person entfernt, der innere Bezug zum ersten Beschwerdenbericht verloren geht und die so erhaltenen (Teil-)Informationen nicht mehr rückgebunden und miteinander vernetzt werden können. In den frühen, detaillierten Nachfragen, die das Handlungsmuster Beschwerdenbericht torpedieren, und in der ergebnisorientierten Gesprächsführung der StudentInnen manifestiert sich auch der Druck, dem sich die StudentInnen in der Gesprächssituation in der Kleingruppe ausgesetzt fühlen und der sowohl die StudentInnen als auch die PatientInnen diese Gesprächssituation vorrangig als *Prüfungssituation* erleben läßt.

#### **9.4. Die Aushandlung und Prozessierung von Bedeutung und Erleben**

Ein Ziel des psychosozialen ärztlichen Gesprächs ist es, gemeinsam mit den PatientInnen die individuelle Bedeutung von Lebensereignissen im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden zu erarbeiten (vgl. Morgan/Engel 1977:54; sowie (5.2.3.)). Dieser Zugang zum inneren Bezugssystem der PatientInnen bildet die Grundlage für ein gesamtheitliches Verständnis ihrer Krankheit.

Dieses Gesprächsziel erfordert es, primär die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsqualität der Patienten-Darstellungen zu fokussieren und zu vertiefen, sie also interaktiv zu prozessieren. Wie in (6.2.) ausgeführt, stehen den InteraktantInnen dafür Prozessierungsmechanismen wie Thematisieren, Eingehen, Vertiefen und Hinterfragen zur Verfügung. Über diese können die, den sprachlichen Äußerungen

der PatientInnen zugrundeliegenden, individuell relevanten Bedeutungen in das Gespräch eingebunden werden. Damit dienen diese Prozessierungsmechanismen dazu, die psychosoziale Haltung, die über die einleitende Erzählaufforderung postuliert worden ist, sprachlich umzusetzen und interaktiv zu manifestieren. Die PatientInnen werden indirekt und gesprächsbegleitend darüber informiert, daß es in diesem Gespräch tatsächlich um sie und ihr individuelles Erleben gehen soll. So wirken diese Prozessierungsmechanismen beziehungsstabilisierend und -fördernd, sind also für den Aufbau eines 'Arbeitsbündnisses' grundlegend relevant.

Wie die Überlegungen zum herkömmlichen ärztlichen Gespräch und die vorangegangenen Analysen gezeigt haben, können Erlebensdarstellungen der PatientInnen interaktiv auch in anderer Form bewältigt werden, also z.B. durch Übergehen, Ignorieren oder Dethematisieren. Diese Formen der Prozessierung informieren die PatientInnen indirekt darüber, daß es nicht um eine Vertiefung und Bearbeitung ihres individuellen Erlebens gehen soll. Im Rahmen eines als patientenzentriert definierten Gesprächs wirken solche Prozessierungsformen nicht nur beziehungsverhindernd und distanzierend, sondern prinzipiell widersprüchlich.

In den folgenden Analysen möchte ich die verschiedenen Realisierungsformen der interaktiven Bewältigung der Erlebensdarstellungen und Emotionsbeschreibungen von PatientInnen darstellen. Im ersten Teil der Analyse werde ich auf verschiedene Prozessierungsangebote und andere Bewältigungsmechanismen der StudentInnen und der PatientInnen eingehen, im zweiten Teil werde ich gesprächsübergreifende Aushandlungsprozesse beschreiben, denen die interaktive Klärung und/oder Durchsetzung unterschiedlicher Gesprächsziele oder Gesprächserwartungen zugrundeliegt.

#### 9.4.1. Prozessierungsmechanismen

##### 9.4.1.1. Die antizipierende Thematisierung von Emotionen

Bei der Patientin wurden Knoten in der Brust festgestellt, die am folgenden Tag operiert werden sollen. Generell sind bevorstehende Operationen immer psychisch stark belastende Ereignisse für PatientInnen. Im Falle dieser Patientin umso mehr, als erst während der Operation entschieden werden soll, ob die ganze Brust entfernt wird oder nicht. Im weiteren Anschluß an den Beschwerdenbericht kommt die Studentin auf diese bevorstehende Operation zurück:

1-4/B

Sw: und morgen ham Sie den Termin für die Operation. - und	
040 Pw:	mhm

Sw: wie gehts Ihnen dabei - wenn Sie an morgen denken?	
041 Pw:	ja des

042 Pw: is: ganz ganz unterschiedlich. - die ersten/- i bin scho

Die Patientin hat im Zuge ihres Beschwerdenberichts von der Operation lediglich als Faktum berichtet. Die Studentin führt dieses Ereignis, die bevorstehende Operation, neuerlich als Thema ein (040) und fokussiert den mit dem Ereignis verbundenen affektiven Gehalt für die Patientin ("*und wie gehts Ihnen dabei*" (041)). Damit führt sie von der faktischen Bedeutungsebene zur erlebensmäßig-affektiven und deutet antizipierend, d.h. ohne entsprechende Hinweise oder Markierungen der Patientin, daß das genannte Ereignis für das aktuelle Erleben und Befinden der Patientin von ziemlicher Relevanz sein muß.

Eine solche Form der Prozessierung ist eine wichtige interaktive Information für die Patientin: sie erfährt, daß sie in ihrem *aktuell relevanten* Erleben wahrgenommen wird und daß das Gespräch die Möglichkeit bietet, davon zu erzählen. So manifestiert sich in dem beschriebenen Prozessierungsmechanismus nicht nur eine ihm zugrundeliegende patientenzentrierte Haltung. Er hat zugleich auch psychische Entlastungsfunktion für die Patientin. Diese wird durch die ausführliche und sehr lebendige Folgedarstellung der Patientin deutlich:

042 Pw: ganz ganz unterschiedlich. - die ersten -/i bin scho seit

Sw: mhm  
043 Pw: Montag herinnen - und des wurde scho amal verschobn - da-

044 Pw: Operationstermin. und also wemma so herinnen is net - ma

Sw: mhm  
045 Pw: sieht ja zuerst doch die andern a - net. - und wemma/- die

046 Pw: ersten zwei die operiert worden sind - ham also die Brust

047 Pw: entfernt bekommen und ham aber an kleineren Knoten ghabt

048 Pw: wie i - na. und:- also da wird einem dann schon irgendwie

049 Pw: anders. Da denkt ma dann irgndwie anders nach drüber-net.

050 Pw: aber jetzt hamma wieder an großen Auftrieb weil in unserm

Sw: mhm  
051 Pw: Zimmer is die - die hat an viel größern Knotn ghabt - und

Sw: mhm.  
052 Pw: der hams die Brust gelassn. - also -ah - ma klammert sich

Sw: wie meinenS das - da  
053 Pw: irgendwie - ma schaut was die andern ham.

Sw: denkt ma anders nach drüber.  
054 Pw: - najo: wenn i auf der Straßn

055 Pw: bin denk i überhaupt net nach drüber. najo - dann denk i

Sw: mhm

056 Pw: ma hoit - najo: wird scho guat gehn - net. aber wemma

057 Pw: dann siacht daß - daß die vor mir mit dem mit der hab i

Sw: mhm mhm

058 Pw: geplaudert und sie hat des alls genauso dasselbe gsagt

059 Pw: wie ich - najo hoffentlich kumm i wann i aufwach aus der

Sw: mhm

060 Pw: Narkose - daß dann die Brust auf amaoi weg is: - ah des

061 Pw: wird scho a tiefa Schlag werd'n.

Im Zuge ihrer Darstellung wechselt die Patientin von der faktischen Beschreibung auf die affektive Ebene, thematisiert ihre Gefühle zur Situation in Form einer allgemein bewertenden Stellungnahme ("*da wird einem da schon irgendwie anders*" (048/9)) und fährt dann mit ihrer Beschreibung fort. Die Studentin selektiert aus der Darstellung der Patientin diese Gefühlsbeschreibung heraus und macht sie zum Thema (054). Damit führt sie das Gespräch auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene zurück. Durch die vertiefende Nachfrage ("*wie meinenS das*" (053)) kann die individuelle, spezifische Bedeutung dieser Belastungssituation für die Patientin, die der allgemeinen Bewertung zugrundeliegt, in das Gespräch eingebunden werden.<sup>57</sup>

Die Notwendigkeit solcher Entlastungsmöglichkeiten für PatientInnen wird übrigens - in negativer Weise - in anderen Gesprächen mit PatientInnen, die ebenfalls vor Operationen stehen, deutlich: wenn die StudentInnen auf die entsprechenden Befindenshinweise der PatientInnen nicht eingehen und keine Erlebensdarstellung ermöglichen, kommt das Thema Operation im Gesprächsverlauf immer wieder an die Oberfläche, bleibt also "im Raum stehen". Die Erhebung anderer "psychosozial relevanter" Informationen erscheint im Kontrast dazu geradezu abstrakt (vgl. (9.4.1.3.), (9.4.3.)).

Die antizipierende Thematisierung von Emotionen kann auch als interaktiv unterstützendes Angebot an PatientInnen fungieren, in ihren Darstellungen auf individuellere Bedeutungen oder Gefühlsbeschreibungen einzugehen, wenn diese vorrangig somatisch orientiert sind. Ein solches Angebot wird in den untersuchten Gesprächen jedoch häufig in Form von *direkten Fragen nach Ängsten* umgesetzt:

2-3/B

056 Sw: und war Ihnen das eigentlich ein großes Problem -

<sup>57</sup> Auf den Prozessierungsmechanismus der Vertiefung gehe ich anschließend (9.4.1.2.) noch genauer ein.

- 057 Sw: seit Sie gwußt ham daß Sie/daß Sie da Myome habm.
- 058 Sw: daß Sie da Angst ghabt habm daß Sie da irgendwie
- Sw: ja: daß daß Sie einfach Angst  
059 Pw: seelisch - oda
- 060 Sw: ghabt ham. daß da jetz was wächst was Sie nicht
- 061 Sw: genau wissn - wie des wächst wie schnell des
- Sw: wächst oda so.  
062 Pw: eigentlich net. i homma die Befunde
- 063 Pw: in da Fruah durchgschaut. hab geschaut was los is.
- 064 Pw: hab gesehn sie wachsn. aba bitte - i man des KANN
- 065 Pw: sein. aba Angst direkt - bewußt nicht. nein. - und
- 066 Pw: - i glaub a net daß i seelische Probleme dewegn hab.

Die Studentin thematisiert den von der Patientin dargestellten Befund "Myome in der Gebärmutter" und hinterfragt ihn auf die für die Patientin relevante, erlebensmäßig-affektive Bedeutung. Dieses Prozessierungsangebot erfolgt aber nicht in Form einer offenen Frage, die der Patientin eine eigenständig gestaltete interaktive Bewältigung eines solchen kommunikativen Verfahrens ermöglichen würde, sondern in Form geschlossener Fragen mit sehr präzisen inhaltlichen Vorgaben. Da die Patientin in ihrer Darstellung bisher auf einer somatisch-technischen Ebene verblieben ist, stammen die angebotenen Inhalte ("*einfach Angst ghabt ham*", "*nicht genau wissn*" etc.) aus dem Konzept der Studentin. Die Patientin verneint diesen "Befindensvorschlag", relativiert ihn ("*i man des KANN sein*" (064/65)) und geht anschließend zum Thema "hormonelle Störungen", also wieder auf die somatisch-orientierte Bedeutungsebene zurück.<sup>58</sup> Eine derartige Prozessierung von seiten der PatientInnen, also Verneinung und Relativierung, erfolgt auf solche direkten Fragen systematisch:

- 4-6/A  
220 Sm: wie is das für Sie - wenn/- finden Sie das bedrohlich
- Sm: wenn die Senkung so hoch ist? - ja  
221 Pm: wie - bedrohlich?
- Sm: ich mein - wenn die Senkung nicht runtergeht.  
222 Pm: ja des

<sup>58</sup> Der Relativierung liegt die Funktion der Verharmlosung und/oder Selbstberuhigung zugrunde, Abwehrstrategien, die durch die Direktheit der Frage aktiviert worden sind (vgl. dazu auch Meerwein 1986:108).

Sm: is das  
223 Pm: weiß i net. des versteh i net. - bedrohlich?

Sm: für Sie angsterregend? ja.  
224 Pm: daß nicht runtergeht? na.

225 Pm: ich sag - die wird schon runtergehn. irgendwas werma

226 Pm: schon finden - net.

#### 9.4.1.2. Die Vertiefung

Abgesehen von den Beschwerdenberichten geben PatientInnen im Zuge weiterführender Schilderungen vielfältige Hinweise auf die für sie relevante Erlebensqualität von Ereignissen. Bei diesen, auch als "*Relevanzmarkierungen*" bezeichneten Hinweisen (Nowak 1986), handelt es sich um die Thematisierung affektiver Bedeutungen von PatientInnenseite (im Gegensatz zur antizipierenden Deutung von Emotionen, die von den StudentInnen initiiert wird):

4-3/A  
164 Pw: und ham ma dann gedacht na also dann trau i ma also

Sw: is ihnen das abgegangen?  
165 Pw: eigentlich kein Kind mehr. das

166 Pw: zweite Kind? i hätt scho gern a zweites Kind ghabt. ja.

167 Pw: ja schon. - aber i bin froh daß ein Kind gesund is und

168 Pw: finde eben - ah net nur für mich daß das eine Belastung

169 Pw: wäre wenn ah - wenn sag ma wenn ein krankes Kind zur

Sw: ja  
170 Pw: Welt käm - ah is es find ich auch für die Geschwister die

Sw: ja.  
171 Pw: dann ja einfach da sind a irgendwie sehr belastend. -

Die Patientin erzählt von ihrer Entscheidung, aufgrund ihrer langjährigen medikamentösen Behandlung kein zweites Kind mehr zu bekommen. Mit der abschließenden Äußerung "*dann trau i ma also eigentlich kein Kind mehr*" (164/5) weist sie auf eine für sie relevante Verzichtleistung hin, thematisiert also den affektiven Gehalt, den diese Entscheidung für sie hat bzw. hatte. Die Studentin geht auf die Relevanzmarkierung der Patientin unmittelbar vertiefend ein, der Inhalt der Frage ("*abgegangen*" (165) nimmt ganz konkret diese Verzichtleistung auf. Damit hat die Patientin die Möglichkeit, von der Bedeutung dieses Verzichts für

sie zu erzählen, also auf der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene zu expandieren. Über solche weiterführenden Darstellungen werden die zugrundeliegenden, individuellen und privatsprachlichen Bedeutungen manifest. Diese Darstellung eröffnet im weiteren aber auch einen Zugang zu den individuellen Bewältigungsstrategien der Patientin (167-171): ein aufgrund der Medikamenteneinnahme möglicherweise behindertes Kind wäre eine Belastung für die ganze Familie.

Vertiefende Prozessierungsmechanismen haben also *interaktiv stützende Funktion*: die Relevanzmarkierung der Patientin ist ein interaktives Angebot, die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene ihrer Darstellung zu fokussieren und auf zugrundeliegende Bedeutungen einzugehen. Mit der sprachlichen Handlung der Vertiefung vollzieht die Studentin interaktiv einen Akt der Zuwendung, über den dieses Angebot in seiner Relevanz hochgestuft wird.<sup>59</sup> Dies ermöglicht eine, dem Angebot entsprechende Weiterführung der Darstellung durch die Patientin.

Ganz allgemein dient der Prozessierungsmechanismus der Vertiefung also auch dazu, die PatientInnen zu informieren, daß es in dem jeweiligen Gespräch durchaus um die für sie relevante Erlebensqualität von Ereignissen gehen kann und soll und der Raum für solche Darstellungen vorhanden ist. Im Zusammenhang mit den Erfahrungen der PatientInnen aus herkömmlichen ärztlichen Gesprächen, in denen gerade diese Bedeutungsqualität ausgeblendet wird, sind solche interaktiv stützenden Informationen für ein sich öffnendes Gesprächsverhalten der PatientInnen notwendig. Dadurch wird die psychosoziale Haltung interaktiv manifestiert.

#### 9.4.1.3. Die Ratifizierung

Eine weitere Möglichkeit, Relevanzmarkierungen und explizite Emotionsbeschreibungen von PatientInnen interaktiv zu bewältigen ist, diese zu bestätigen, also sie lediglich zu ratifizieren. Die Patientin erzählt von der ihr bevorstehenden Brustoperation und schließt folgendermaßen:

1-1/A  
039 Pm: - ma macht mir zwar sehr große Hoffnungen daß gutartig

Sm: na sicher. - - Sie haben  
040 Pm: is - aber - - das Schwert hängt.

Sm: das glei nach der Operation ihrer Mutter gmacht.  
041 Pm: nein nein

Die Patientin thematisiert, in metaphorischer Formulierung ("*das Schwert hängt*" (040)), ihre Ängste wegen des Ausgangs der Operation. Die Studentin ratifiziert

<sup>59</sup> Mit einer Relevanzhochstufung wird ein Sachverhalt ganz allgemein als etwas in der Interaktion weiter zu Behandelndes markiert (vgl. Kallmeyer 1978:214).

diese Emotionen als angemessen ("na sicher" (040))<sup>60</sup>, geht aber auf die Darstellung selbst und damit auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene nicht weiter ein, sondern wendet sich interaktiv davon ab: sie bezieht sich auf eine vorangegangene Darstellung der Patientin, nämlich auf deren Entscheidung, eine Brustuntersuchung durchführen zu lassen. Damit knüpft sie zwar an von der Patientin Erwähntes an, führt aber eine thematische Verschiebung zu einem früheren Teil der Darstellung durch sowie einen Ebenenwechsel hin zu einer faktischen, somatisch-orientierten Bedeutungsebene. Dieser auf eine Ratifizierung folgende Schritt der Abwendung ist ein diskurslogischer Schritt, da mit Ratifizierungshandlungen die in Frage stehenden Sachverhalte als selbstverständlich bzw. nicht strittig markiert werden, sie in ihrer Relevanz zurückgestuft und als nicht weiter zu behandelnd definiert werden (Kallmeyer 1978:215). Damit wird, sozusagen automatisch, die Zuwendung zu einem neuen thematischen Bereich notwendig bzw. möglich.

Aufgrund dieser relevanzabschwächenden Eigenschaft dienen Ratifizierungen, wie in (6.2.2.2.) ausgeführt, nur zur *Regulation von Emotionen* und sind im Rahmen eines psychosozialen Gesprächs zur interaktiven Bewältigung von Relevanzmarkierungen und Emotionsbeschreibungen der PatientInnen nicht geeignet.

Ratifizierungen, die nur auf das bestätigende Hörersignal "mhm" reduziert sind, kann möglicherweise die falsche Übertragung der psychosozialen Regelformulierung zugrundeliegen, die Patienten-Erzählung nicht zu unterbrechen oder die falsche Übertragung therapeutischer Gesprächstechniken wie z.B. die "therapeutische Abstinenz".<sup>61</sup>

2-5/A

307 Pw: nur eins hab ich Angst - weil ich hab sehr viel

308 Pw: gelesen - und steht fest auch daß wann die rechte

309 Pw: Seite Zyste ist daß ma nach paar Jahren kommt auf

310 Pw: die linke auch. kann auftreten. jetzt hab ich -

311 Pw: jetzt hab ich mir schon überlegt - war vielleicht

312 Pw: doch besser wanns die linke Seite auch rausgenommen

Sm:

mhm.

313 Pw: - aber das kamma nicht vorauswissen. - auf alle

314 Pw: Fälle - ich bin jetzt froh daß vorbei ist. Ich hab

<sup>60</sup> Meerwein (1986:93) nennt solche Äußerungen auch "Killerphrasen", die auf der rationalen Ebene zwar als beruhigender Zuspruch formuliert sind, denen unbewußt aber die Absicht zugrundeliegen kann, das Gespräch mit dem Patienten/der Patientin nicht aufkommen zu lassen.

<sup>61</sup> Für diesen Hinweis danke ich Ruth Wodak.

Die fehlende interaktive Unterstützung des Studenten läßt die Patientin mit ihrer Darstellung völlig alleine, sie muß sogar die Emotionsregulation selbst durchführen ("ich bin jetzt froh daß vorbei ist." (314)).

Ratifizierungen enthalten für die PatientInnen also widersprüchliche interaktive Informationen: sie können zwar Erlebensqualitäten beschreiben und thematisieren, diese werden aber nicht als interaktiv relevant weitergeführt. In der Widersprüchlichkeit manifestiert sich die Kluft zwischen den theoretischen Ansprüchen an ein psychosoziales Gespräch und dem tatsächlichen Gesprächsverhalten der StudentInnen, die vor allem durch die mangelnde Erfahrung der StudentInnen mit angemessenen Gesprächstechniken und die notwendigerweise therapeutische Qualität solcher Gespräche hervorgerufen.

#### 9.4.1.3.1. "Österreichischer Staatsbürger. 21 Jahre." - eine Patientenkritik

Das beschriebene widersprüchliche Interaktionsverhalten der StudentInnen kann bei einigen PatientInnen auch zu durchaus kritischen Reaktionen führen (vgl. auch (9.4.3.3.)). Die Patientin leidet an einer colitis ulcerosa, einer entzündlichen Darm-erkrankung, wodurch sie einer Reihe von Einschränkungen und Belastungen im Alltag ausgesetzt ist.

3-2/A	Sm: und wie is jetzt in der Arbeit? -
100 Pw:	halbwegs gegangen.
Sm: kommans da klar damit? wie is/also i man	
101 Pw:	ja. bis Dezember is
Sm: ja	
102 Pw:	gut gegangen. aber jetzt hats anfangt. es is natürlich a
103 Pw:	unangenehm jetzt ißt ma was in der Firma und dann
Sm: mh. mh.	
104 Pw:	- zehn Minuten später rennt ma aufs Klo. is a net - sehr-
Sm: mh. - - - in welchem Büro arbeitens? mhm	
105 Pw:	lustig. beim X. - in
Sm: mh. - - und. - Sie sind aus Wien?	
106 Pw:	ana Autowerkstätte. ja. und
Sm: ja. - - -	
Pw: bin -/österreichischer Staatsbürger. 21 Jahre./	
107	/parodiert 'formalen Tonfall' //P lacht/
108 Sm:	also Sie warn bisher auf der internen Ambulanz

Der Student fordert die Patientin auf, von den unmittelbaren krankheitsbedingten Belastungen während ihrer beruflichen Tätigkeit zu erzählen (100-101) und unterstützt den Verlauf der Darstellung durch entsprechende Hörsignale. Die Patientin geht von der somatisch-faktischen Darstellungsweise ("*bis Dezember is gut gungen*" (101/2) sukzessive zur Beschreibung der individuellen Erlebensqualität über ("*a net - sehr - lustig*" (104/5)). Der Student erhebt anschließend an diese Darstellung ein objektives Datum, die Bezeichnung des Arbeitsplatzes (105). Damit bleibt er zwar im inhaltlich verwandten Bereich, führt aber einen Ebenenwechsel von der von ihm geforderten, erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene zur faktischen durch. Die längere vorangehende Pause deutet auf Textplanungsprobleme hin: dem Studenten steht kein geeignetes sprachliches Verhaltensrepertoire zur Verfügung, mit dem er die Weiterführung dieser Darstellung interaktiv bewältigen könnte.

Die Patientin macht in ihrer Antwort den Ebenenwechsel mit, bleibt faktenorientiert (105/6). Nach einer weiteren kurzen Gesprächspause führt der Student eine thematische Verschiebung in den "psychosozialen" Bereich der weiteren Lebensumstände durch und beginnt mit der Erhebung allgemeiner biografischer Fakten (106/7) (vgl. (9.3.2.1.), (9.4.1.5.)). Die Patientin beantwortet diese Frage zuerst, dann wechselt sie in einen betont formalen, "amtlichen" Tonfall und gibt eine für Ämter typische telegrammstilartige Personenbeschreibung ("*österreichischer Staatsbürger. 21 Jahre.*" (107)) und beginnt zu lachen. Mit dieser Imitation eines typischen "Bürger-Verwaltungs-Diskurses" (Becker-Mrotzek 1991) überspitzt sie die Faktenorientiertheit und führt das vordergründig Psychosoziale der Frage gekonnt ad absurdum. Damit ist das Gespräch für den Moment natürlich beendet. Der Student beginnt nach einer Textplanungspause auch tatsächlich wieder "von vorne" (108): er wechselt thematisch und bedeutungsmäßig in den medizinischen Bereich und bezieht sich auf eine Äußerung der Patientin aus dem unmittelbaren Anfang ihres Beschwerdenberichts.

Diese Gesprächspassage macht deutlich, daß die PatientInnen auf erfolgreiche wie mangelnde interaktive Unterstützungen der StudentInnen äußerst sensibel und durchaus kritisch reagieren; zweitens zeigt sich, daß sich die tatsächliche psychosoziale Haltung zuallererst in einem interaktiv unterstützenden Gesprächsverhalten manifestiert.

#### 9.4.1.4. Das Übergehen

Die in den Gesprächen wohl bevorzugteste Form der Prozessierung von Erlebensdarstellungen und Emotionsthematisierungen der PatientInnen ist das Übergehen derselben. Im Zuge seiner beruflichen Selbstdarstellung beschreibt der Patient, wie die zunehmende Polyarthrit (Gelenksentzündung) zu seiner frühzeitigen Pensionierung geführt hat:

1-5/A

195 Pm: da bin i sehr viel im Büro gessen und da muß ma a

196 Pm: des Ganze koordinieren und so weiter. und ich war

197 Pm: eben so weit obwohl ich kan schweren Job ghabt hab -

198 Pm: ah daß ich/es war mir alles/- ich hab kein Bleistift

199 Pm: halten können und und kan Telefonhörer. des war nicht

Sw: mhm

200 Pm: möglich. - und so bin i mit 58 Jahren in Pension

201 Pm: geschickt worden - also ich hab angsucht und man hat

202 Pm: gleich/- beim ersten Ding hat man mich. hat man mich

Sw: - - und hat das ziemlich

203 Pm: zum alten Eisen geworfen.

204 Sw: plötzlich anfangen oder

Der Patient beendet seine Darstellung der Pensionierung mit einer ausführlichen Bewertungshandlung in Form einer zunehmenden Relevanzhochstufung: von "in Pension - geschickt" (200/1) über "beim ersten Ding" (202) bis "zum alten Eisen geworfen" (203). Dies zusammen mit der metaphorischen Formulierung "zum alten Eisen" sind relevante Hinweise des Patienten auf eine für ihn besondere Erlebensqualität dieses Ereignisses. Die Studentin übergeht diese Darstellung, indem sie zur anfänglichen Beschreibung der Krankheitsentstehung (203/4) und so auf die somatisch-faktische Bedeutungsebene zurückführt.

Wie schon in (9.4.1.2.) ausgeführt, haben weiterführende Prozessierungshandlungen auch Entlastungsfunktion für die PatientInnen, in diesen Gesprächen über solche relevanten Erlebnisse erzählen zu können. Daher sind solche Hinweise auf besondere Erlebensqualitäten auch als *Ankündigung einer prinzipiellen Erzählbereitschaft* der PatientInnen zu verstehen, für die sie aber eine entsprechende interaktive Stützung benötigen. Der Befund, daß sich hinter Relevanzmarkierungen und dem Wechsel auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene der PatientInnen ihre prinzipielle Erzählbereitschaft verbirgt, wird durch die Ergebnisse der vorangegangenen Analysen vielfach bestätigt: bei einer interaktiven Stützung durch die StudentInnen, sei es im Rahmen der einleitenden Erzählaufforderung und der ersten Phase des Beschwerdenberichts, sei es im Anschluß an diesen oder bei vertiefenden Prozessierungsmechanismen, sind die PatientInnen immer zu weiterfüh-

renden Darstellungen bereit. Wobei zu betonen ist, daß diese interaktive Stützung entsprechend offen und inhaltlich nachvollziehbar gestaltet sein muß.<sup>62</sup>

Ähnlich wie bei den Ratifizierungen (9.4.1.3.) entspricht *das Übergehen* dem interaktiven Umgang mit Erlebensdarstellungen und Emotionsbeschreibungen der PatientInnen im herkömmlichen medizinischen Diskurs. Der Unterschied in den Student-Patienten-Gesprächen ist, daß solche Darstellungen nicht frühzeitig unterbrochen werden, sondern von den PatientInnen zumeist ausgeführt werden können. Die Unterbrechung geschieht sozusagen "post factum". Ähnliches gilt für die thematischen Wechsel: im herkömmlichen ärztlichen Gespräch erfolgen diese ausschließlich in den rein krankheitsbezogenen Bereich, in den Student-Patienten-Gesprächen erfolgen sie zusätzlich in alle als psychosozial relevant definierten Bereiche wie Beruf, Familie und biografische Entwicklung. Damit werden interaktive Mechanismen des herkömmlichen ärztlichen Diskurses aber nur psychosozial "verbrämt".

#### 9.4.1.5. Die "psychosoziale" Frage als Prozessierungsmechanismus

In der vorangegangenen Analyse habe ich schon darauf hingedeutet, daß auch vor-dergründig psychosoziale Fragen zur Prozessierung von Erlebensdarstellungen eingesetzt werden (vgl. auch (9.3.2.2.1.)). Auf dieses Phänomen möchte ich anhand des folgenden Textausschnittes genauer eingehen. Die Patientin erzählt davon, daß ihre Entscheidung, ein Kind zu bekommen, zur Trennung von ihrem Ehepartner geführt hat:

1-4/B  
087 Sw: und wie alt warn Sie wie Sie Ihre Tochter

Sw: bekommen habm?  
088 Pw: 32. weil i gsagt hab na i möcht nimma

Sw: mhm  
089 Pw: länger wartn net. und i hab mir in meinen Lebmn vorgnommen

Sw: mhm  
090 Pw: ich möcht a Kind habm net. - aba: i man - es hat mi

091 Pw: eigntlich damals in der Situation eigntlich weniga gstört

092 Pw: - weil i gsagt hab -naja i bin no kräftig genug daß i für

Sw: mhm  
093 Pw: mein Kind selba sorgn kann - und: hab meinen Beruf und

<sup>62</sup> Dieser Befund ist eine wichtige entlastende Information für Lernende, die solche Äußerungen der PatientInnen mit der Begründung übergehen, sie hätten Bedenken gehabt, den PatientInnen bei einem vertiefenden Eingehen auf diese Äußerungen zu nahe zu treten.

Sw:	was für einen
094 Pw:	kann jetzt selba sorgn für mein Kind -also - kann ich auch
Sw:	Beruf haben Sie da?
095 Pw:	die Verantwortung - übernehmen. - na ich betreu kauf=
Sw:	AH
096 Pw:	männische Lehrlinge bei der Firma X. - und sind 60 Stück
097 Sw:	60 Stück?

Die Patientin stellt ihren Entscheidungsprozeß dar, die Bewältigung der Trennung und ihre Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Alleinverantwortung für das Kind. Vor dem Ende dieser, von der Erlebensqualität her relevanten Schilderung, selektiert die Studentin den Begriff "Beruf" aus der Patienten-Äußerung heraus und vollzieht eine thematische Verschiebung in den, als psychosozial relevant definierten Bereich der Berufstätigkeit (094/5). Die Patientin beendet ihre Darstellung und geht anschließend direkt auf die Frage der Studentin ein. Mit dieser Frage wechselt die Studentin nicht nur von der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene auf eine faktenorientierte, sondern übergeht die Darstellung eines relevanten Lebensereignisses zugunsten einer allgemeinen Beschreibung der Berufstätigkeit.

Ein solcher Prozessierungsmechanismus entspricht mit den Schritten Selektion, Reduktion und Etablierung einer faktenorientierten Bedeutungsebene dem interaktiven Umgang mit erlebensrelevanten, individuellen Bedeutungen, wie er für den herkömmlichen medizinischen Diskurs beschrieben ist. Der Unterschied ist rein inhaltlicher Natur: die Erhebung medizinischer Fakten wird durch die Erhebung biografischer Fakten ersetzt, die Selektion bezieht sich nicht auf medizinnähe Äußerungsteile sondern auf biografische Informationen.

Als Ergebnis der linguistischen Analyse läßt sich festhalten, daß die Gespräche zwischen den StudentInnen und den PatientInnen durch den *Widerspruch* zwischen der Aufforderung zu Erlebensdarstellungen und der unangemessenen oder fehlenden interaktiven Prozessierung dieser Darstellungen gekennzeichnet sind. In diesem widersprüchlichen Gesprächsverhalten der StudentInnen manifestiert sich die Kluft zwischen theoretischem Anspruch und aktueller sprachlicher Realisierung.

Dermaßen widersprüchliche und verwirrende Angebote und Interaktionsverläufe führen zu einer entsprechenden Verwirrung und im weiteren abwehrenden Haltung der PatientInnen. Da das Gesprächsverhalten der StudentInnen vorrangig auf deren mangelnde praktische Erfahrung zurückzuführen ist, möchte ich speziell an dieser Stelle auf die schon erwähnte Forderung zurückkommen, im Sinne des Prinzips der Verantwortung für die PatientInnen, das der psychosozialen Medizin zugrundeliegt (Uexküll 1983), in der Anfangsphase dieser Gesprächsausbildung auf echte Rollenspiele zurückzugreifen (vgl. (10.2.2.)). Die Frage der Verantwor-

tung für die PatientInnen wird besonders beim Einsatz ungezielter deutungsähnlicher Handlungen akut, worauf ich im folgenden genauer eingehen möchte.

#### 9.4.2. Deutungsähnliche sprachliche Handlungen und die Frage der Verantwortung

Im Kontext der Prozessierung von Erlebensdarstellungen realisieren die StudentInnen in den Gesprächen mehrfach deutungsähnliche sprachliche Handlungen. Entsprechend den Ausführungen in (6.1.) sind Deutungen professionelle therapeutische Sprachhandlungen, die als spezifischer Bestandteil psychosozialen ärztlichen Handelns eine dementsprechend medizinisch-therapeutische Qualifikation erfordern. Von den Zielsetzungen eines psychosozialen Anamnesegesprächs her sind Deutungen kein Bestandteil eines solchen.

Der Einsatz von deutungsähnlichen Aktivitäten überstrapaziert also das Gesprächsziel eines einzelnen psychosozialen Anamnesegesprächs und geht weit über die ausbildungsbedingten Möglichkeiten der StudentInnen hinaus. Da Deutungen oder deutungsähnliche sprachliche Handlungen bestimmte kommunikative Prozesse auslösen, können die StudentInnen diese aus den eben genannten Gründen interaktiv nicht sinnvoll bewältigen. Ebenso wenig können sie die psychischen Prozesse, die durch solche Deutungshandlungen bei den PatientInnen aktiviert werden, auffangen und bearbeiten. Aus diesen Gründen sollte es also auch Teil des Lehrzieles dieser Anamnesegruppen sein, zu lernen, auf den Versuch von Deutungen zu verzichten.

In (6.1.) habe ich darauf hingewiesen, daß dem Einsatz von deutungsähnlichen sprachlichen Handlungen die Zielsetzung zugrundeliegen kann, ein "besonders therapeutisches" Gespräch zu führen. Damit lassen sich deutungsähnliche Aktivitäten den sprachlichen Handlungen zuordnen, die primär eine ergebnisorientierte, vordergründig psychosoziale Funktion erfüllen, wie die direkte Frage nach Zusammenhängen oder der Einsatz von "psychosomatischen Kurzformeln" (9.3.2.2.). Diese Annahme möchte ich an folgendem Textausschnitt verdeutlichen:

3-5/A

095 Sw: ja - mal a ganz andre Frage. wie schauts -ham Sie Kinder?

Sw: sind Sie allein - wohnen Sie alleine?

096 Pw: nein leider - keine.

Sw: hm

097 Pw: nein - ich bin verheirat. nur zwei Haustiere - sonst nix.

Sw: Ersatz? was hamS

098 Pw: najo - irgendwas muß der Mensch á ham. net.

Sw: denn? aja. - - ja - ah - sonst - ham

099 Pw: a Katze und a ( ).

Sw: Sie irgendwelche gesundheitlichen Probleme? ( )
100 Pw: na - nie was

Sw: mhm
101 Pw: ghabt. des waß i net - na. do gibts gor nix.

Die Studentin kündigt den Themenwechsel in den Bereich "familiäre Umstände" an und initiiert mit zwei geschlossenen Fragen: "*ham Sie Kinder?*" (095) und "*sind Sie allein - wohnen Sie alleine?*" (096).<sup>63</sup> Da diese Fragen jeweils unzutreffende Vorannahmen beinhalten, muß die Patientin beide Fragen zuerst verneinen. Wichtig ist hier, daß die Patientin in jeder Antwort durch Partikel wie "*leider*" oder "*nur*" auf zugrundeliegende, erlebensmäßig relevante Bedeutungen hinweist. Der anschließenden Äußerung der Studentin, "*Ersatz?*" (098), liegt der Versuch einer Deutung dieser Hinweise zugrunde: Tiere als Ersatz für Kinder oder für eine zufriedenstellende Beziehung. Da die Studentin aus dem bisherigen Gespräch noch keinerlei Informationen zu den familiären Umständen der Patientin erhalten hat, bezieht sich dieser Deutungsversuch auf ihre eigenen individuellen oder auf allgemeine laien-psychologische Konzepte. Mit dem Erleben der Patientin hat diese Deutung nichts zu tun. Damit wird diese Deutungsaktivität selbst zu einer interaktiven "Ersatzhandlung", da die Studentin durch sie eine noch nicht erfolgte Vertiefung der Relevanzmarkierungen der Patientin überspringt.

Diese unvermittelte, konfrontierende Deutungsaktivität läßt sich interaktiv als ein unvermittelter Sprung von der allgemein-faktischen Bedeutungsqualität der manifesten Ebene auf die Ebene der individuellen, privatsprachlichen Bedeutung der Äußerungen beschreiben. Diese Handlung führt zu einer abwehrenden Haltung der Patientin, die sich in der relativierenden, allgemeingültigen, unpersönlichen Formulierung "*irgendwas muß der Mensch á ham*" (098) manifestiert (vgl. (9.4.1.1.)). Die allgemein-umgangssprachliche Bedeutungsqualität der Äußerungen wird re-etabliert, eine interaktive Abwendung von der deutungsähnlichen Aktivität durchgeführt.

Die Studentin unterstützt diesen Schritt der Abwendung, indem sie die faktische Bedeutungsqualität fokussiert und sich nach der Art der Haustiere erkundigt ("*was hamS denn?*" (098/9)). Nach einer längeren, gefüllten Pause ("- - ja - - ah -" (99)), die auf massive Textplanungsprobleme schließen läßt, führt sie anschließend einen, für die Patientin vom Gesprächsverlauf her nicht nachvollziehbaren Themenwechsel in den "ungefährlichen" somatischen Bereich durch: "*sonst - ham Sie irgendwelche gesundheitlichen Probleme?*" (100). Diese Frage ist aufgrund der schon erfolgten ausführlichen Besprechung des Gesundheitszustandes der Patientin inhaltlich irrelevant, sie erfüllt die Funktion einer "Gesprächsrettungshandlung": da an dieser problematischen Interaktionsstelle die Gefahr eines Gesprächsabbruchs ganz akut wird, muß die Situation, so gut es geht, gerettet werden.

<sup>63</sup> Diese geschlossenen Fragen erinnern sehr daran, wie in herkömmlichen Anamnesegesprächen (wenn überhaupt, vgl. (4.2.2.)) der Bereich "Sozialanamnese" erhoben wird.

Es zeigt sich also, daß diese deutungsähnliche Aktivität der Studentin die Funktion hat, Prozessierungsmechanismen wie die Thematisierung der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsqualität und die weitere Vertiefung auf individuell zugrundeliegende Bedeutungen dieser Bereiche zu ersetzen. Unterstützt wird dieser Befund dadurch, daß die Studentin im Lauf dieses Gesprächs auch mehrfach direkte Fragen nach krankheitsauslösenden Zusammenhängen stellt und sie sich mit der Patientin auf die "psychosomatische Kurzformel" Bluthochdruck durch Übergewicht einigt (vgl. (9.3.2.2.2.)). Zugleich wird deutlich, daß der unprofessionelle Einsatz dieser therapeutischen Aktivität umfangreiche Interaktionsprobleme bis hin zu einem drohenden Gesprächsabbruch auslösen kann.

Damit möchte ich auf das *Problem der Verantwortung* für die PatientInnen eingehen: deutungsähnliche sprachliche Handlungen aktivieren bei den damit konfrontierten PatientInnen psychische Prozesse, deren Bearbeitung im Gespräch selbst eine entsprechende therapeutische Ausbildung der StudentInnen voraussetzen würde. Bei diesen Gesprächen kommt nun noch hinzu, daß es sich um einmalig stattfindende Gespräche handelt, es keine Folgegespräche gibt und die PatientInnen anschließend wieder auf ihre Stationen zurückkehren, wo sie keine Möglichkeit haben, diese Prozesse weiter zu reflektieren und zu bearbeiten (vgl. (7.2.)). Unter den speziellen Bedingungen dieser Lehrveranstaltung ist der Einsatz von deutungsähnlichen Aktivitäten also besonders fragwürdig und mit einem verantwortlichen Handeln nicht mehr vereinbar.

#### 9.4.3. Aushandlungsprozesse

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, daß PatientInnen sehr sensibel auf das Gesprächsverhalten der StudentInnen reagieren. Aufgrund der geschlechtseinleitenden Formulierungen und Erzählaufforderungen können die PatientInnen ein Gesprächsverhalten der StudentInnen erwarten, durch das die psychosozialen Zielsetzungen interaktiv umgesetzt werden: also z.B. Zuhören, die Darstellungen zu Ende führen lassen und ein vertiefendes Eingehen auf das Gesagte. Wenn die Kluft zwischen Anspruch und Gesprächsrealität zu groß wird und die Informationen zu widersprüchlich, wenn aktivierte Erwartungen nicht erfüllt werden, die interaktive Unterstützung und angemessene Prozessierungsmechanismen fehlen, setzen manche PatientInnen Aushandlungsprozesse in Gang, in denen sie ein angemessenes Gesprächsverhalten interaktiv einfordern bzw. das nicht angemessene interaktiv zur Diskussion stellen.

Bei diesen Aushandlungsprozessen geht es um die Klärung "grundsätzlicher" geschäftsübergreifender Fragen, also etwa um das Gesprächsverhalten insgesamt oder um schon mehrfach enttäuschte Erwartungen bezüglich des Gesprächsverlaufs. Gesprächsorganisatorisch lassen sie sich als Abfolge von den in (9.4.1.) beschriebenen Prozessierungsmechanismen beschreiben, die selbst auch Aushandlungsprozesse sind, allerdings von lokaler Natur. Die geschäftsübergreifenden

Aushandlungsprozesse dauern demgemäß auch länger und werden, wie gesagt, von den PatientInnen initiiert und in Gang gehalten.

Im folgenden möchte ich fallstudienartig auf zwei, in einem Gespräch zwischen einer Patientin und einer Studentin stattfindende Aushandlungsprozesse eingehen: dabei handelt es sich um die Versuche der Patientin, das Eingehen auf ihre Erlebensdarstellungen einzufordern und das von der Studentin verfolgte Gesprächsziel zu klären.

#### 9.4.3.1. Die Manifestation des widersprüchlichen Gesprächsverhaltens

Die 63-jährige Patientin ist wegen einer Gebärmutteroperation ins Krankenhaus aufgenommen worden. Im Zuge der chronologischen Beschwerdendarstellung erwähnt die Patientin ein für sie bedeutsames Ereignis, den Tod ihres Ehemannes:

- 1-2/A
- |         |   |     |
|---------|---|-----|
| Sw:     |   | mhm |
| 013 Pw: | i bin dann - des wor scho in -- September daß i bei ihm <sup>64</sup> |     |
- |         |  |  |
|---------|--|--|
| 014 Pw: | war. Und i war aber im Burgnland untn weil mei Mann is |  |
|---------|--|--|
- |         |  |  |
|---------|--|--|
| 015 Pw: | voriges Jahr gstorbm - und do: - bin i immer untn bis zu |  |
|---------|--|--|
- |         |                   |                                   |
|---------|-------------------|-----------------------------------|
| Sw:     | mhm               | Sind Sie überhaupt ausm Burgnland |
| 016 Pw: | Allerheilign. ( ) |                                   |
- |         |   |     |
|---------|---|-----|
| Sw:     | oder - sind Sie Wienerin.                                 | mhm |
| 017 Pw: | I bin ausm Burgnland - ja. Dafür kann i /so schön / lacht |     |
- |         |  |  |
|---------|--|--|
| 018 Pw: | sprechen/ - das Burgenländerische. - Najo und dann bin i / |  |
|---------|--|--|
- |         |  |  |
|---------|--|--|
| 019 Pw: | herkumma dann und i hob oba scho lang a Gebärmutter= |  |
|---------|--|--|
- |         |          |  |
|---------|----------|--|
| 020 Pw: | senkung. |  |
|---------|----------|--|

Die Patientin hat auf die Erzählaufforderung der Studentin mit der Durchführung des Diskursmusters "Beschwerdenbericht" begonnen und befindet sich im Muster-schritt der chronologischen Darstellung. In (014/5) fügt sie eine Erklärung ein, die auch den Hinweis auf den Tod ihres Ehemannes enthält. Erst als die Patientin ihre Darstellung weiterführt, reagiert die Studentin mit einem Hörsignal (016)<sup>65</sup> und unterbricht den Beschwerdenbericht mit einer Frage nach biografischen Fakten

<sup>64</sup> Die Patientin bezieht sich auf ihren Arzt in Wien, bei dem sie regelmäßig zur Kontrolle war.

<sup>65</sup> Nach Quasthoff (1980:158) muß ein Hörer/eine Hörerin im Rahmen von Erzählungen und Berichten an erlebensrelevanten oder an vom Sprecher/von der Sprecherin evaluativ markierten Stellen ein Hörsignal setzen.

(016/7). Mit dieser Frage bezieht sich die Studentin auf die Ortsangabe der Patientin, die *vor* dem erlebensrelevanten Hinweis erfolgt ist, was einem expliziten Übergehen dieses Hinweises gleichkommt. Nach der Beantwortung der Frage nimmt die Patientin ihrem Beschwerdenbericht wieder auf.

An dieser frühen Gesprächsstelle wird die Patientin mit einem, im Vergleich zum Gesprächseinleitung widersprüchlichen Gesprächsverhalten konfrontiert. Die Studentin hat sie aufgefordert, von sich und ihrer Erkrankung zu erzählen. Sehr früh unterbricht sie die Beschwerdendarstellung der Patientin mit einer detaillierten Nachfrage, die für das Verständnis der Darstellung nicht unmittelbar relevant ist. Damit verläßt sie ihre Zuhörerrolle und vollzieht eine thematische Verschiebung von der Chronologie der Beschwerdenentstehung zu biografischen Details, wodurch sie der Patientin eine angemessene interaktive Stützung des von ihr geplanten Darstellungsverlaufs entzieht. Mit der Frage nach objektiven biografischen Fakten im Kontext einer erlebensrelevanten Darstellung markiert sie die faktische Bedeutungsebene als gesprächsrelevant.

#### 9.4.3.2. Die Aushandlung der gesprächsrelevanten Bedeutungsebene

Die Patientin steht vor einer Gebärmutteroperation, hat schon mehrere Brustoperationen hinter sich, ihr Mann ist nach einer Operation wegen eines Kopftumors nicht mehr aufgewacht. Ihr Bedürfnis, im Rahmen dieses Gesprächs von ihrer Operationsangst und den psychischen Belastungen wegen des Todes ihres Partners zu erzählen, ist groß, wird aber von der Studentin interaktiv nicht unterstützt. Ein Beispiel möge für den sich systematisch wiederholenden Verlauf stehen:

1-2/A

Sw: Und Ihr Gatte - was hat der gmacht?
050 Pw: Mei Gatte wor - der is

Sw: mhm
051 Pw: mit a so an Kranwogn gfohrn. Er war Lastwagnfahra. Bei so

052 Pw: an Bauunternehmen. Na und er hat an - Gehirntumor ghobt.
--

053 Pw: Hams erm dreimal operiert und beim drittn Mal- is er dann
---

Sw: mhm Und das war vor einem
054 Pw: gstorbm. is er nimmer mehr wach worn

Sw: Jahr - wie er gstorbm is Also
055 Pw: Voriges Jahr im März.

Sw: eineinhalb Jahr jetzt.
056 Pw: Ja - no und jetz is des halt A no a

057 Pw: Belastung weil so schnell kamma ja des doch - mir warn
--

Sw: mhm  
058 Pw: doch 40 Jahr zam - 38 Jahr warma verheirat. Na und da - -

Sw: mhm  
059 Pw: bin i eh no seelisch bedient - na und jetzt dauernd die

Sw: ham Sie sonst auch noch was andres? - Weil Sie  
060 Pw: Krankheitn. na

Sw: gsagt ham Krankheitn  
061 Pw: Na jetzt hab i mit den Ohrn - über

062 Pw: Allerheiligen hab i net amal am Friedhof gehn können weil

063 Pw: i min Ohrn so ztuam ghabt. Da hab i so a wehs Ohr ghabt.

Die Patientin geht von der faktischen Ebene der Berufsbeschreibung und der Krankheitsbezeichnung des Ehemannes (050-052) zur erlebensmäßig-affektiven Ebene, den Umständen seines Todes, über. Die Äußerung "*is er nimmer mehr wach worn*" (054) ist im Zusammenhang mit der ihr bevorstehenden Operation und ihren zuvor schon geäußerten Operationsängsten besonders bedeutsam.<sup>66</sup> Wieder übergeht die Studentin diesen Hinweis, indem sie sich in der Weiterführung auf das von der Patientin in Feld (015(!)) genannte Datum seines Todes bezieht, dieses Datum sogar noch weiter präzisiert ("*also eineinhalb Jahr jetzt*" (056)). Damit vollzieht sie auf der faktischen Ebene die Bearbeitung und Vertiefung, die eigentlich auf der erlebensmäßig-affektiven Ebene angemessen gewesen wäre.

An dieser Stelle beharrt die Patientin auf einer interaktiven Manifestation und Prozessierung ihres emotionalen Erlebens (056-059). Auch ohne die entsprechende interaktive Unterstützung der Studentin geht sie auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene zurück und initiiert eine vertiefende Darstellung ihres Befindens. Sie beschreibt, wie lange sie verheiratet war, wie sie mit diesem Verlust zurechtkommt, wie sie die zusätzlichen Belastungen der früheren und jetzigen Operationen psychisch überfordern. Und wieder selektiert die Studentin in (061) die einzige somatisch relevante Äußerung ("*Krankheiten*") aus der Schilderung der Patientin heraus. Die prozessierende Frage "*Ham Sie sonst auch noch was andres?*" (060) kann sich, so unspezifisch formuliert, sowohl auf den somatischen Bedeutungsanteil der Patienten-Äußerung ("*Krankheitn*" (060)) als auch auf den affektiven ("*seelisch bedient*" (059)) beziehen. Die anschließende Spezifizierung der Studentin auf den Begriff "Krankheitn" verdeutlicht ihre Strategie, sich im Ernstfall auf die somatisch-faktische Bedeutungsebene zurückzuziehen. Damit übergeht sie wiederum den erlebensmäßig relevanten Hinweis der Patientin auf deren psychische Überlastung.

Die Patientin reagiert auf diesen Prozessierungsmechanismus mit einer ausführlichen, somatisch orientierten Schilderung eines Ohrenleidens, wobei sie über den

<sup>66</sup> Vgl. dazu auch die Analyse in (6.2.3.1.)

eingebetteten Hinweis zum krankheitsbedingt verhinderten Friedhofsbesuch (062) neuerlich einen Zusammenhang mit dem Tod ihres Ehemannes herstellt. Damit endet dieser Aushandlungsprozeß in einer Art Patt-Stellung: die Studentin setzt die Prozessierung auf der somatisch-faktischen Ebene zwar durch, die Patientin läßt aber nicht davon ab, immer wieder auf die erlebensmäßig-affektive Ebene einzugehen.

Dieser Aushandlungsprozeß macht deutlich, daß für die Patientin der Gesprächsanfang durchaus präsent ist: Erlebensbeschreibungen wurden gefordert und angemessene Prozessierungen versprochen. Da das tatsächlich realisierte Gesprächsverhalten der Studentin mit dem anfänglich definierten Gesprächsziel nicht in Einklang zu bringen ist und systematisch mit dem Gesprächsverhalten der Patientin kollidiert, kommt es zu einem weiteren Aushandlungsprozeß, der mit einem ungewöhnlichen Versuch der Klärung des tatsächlich verfolgten Gesprächsziels endet.

#### 9.4.3.3. Die Klärung des Gesprächsziels

Im Zuge der Darstellung ihrer Brustoperation kommt die Patientin wieder auf die zeitliche Vernetzung mit der Erkrankung ihres Ehemannes zu sprechen:

1-2/A

100 Pw: Na oba i kann des damals net verstehn weil i eh reglmäßig

101 Pw: gangen bin daß ma des net früher gsehn hat - daß i da hab

Sw:

mhm

102 Pw: müssn - dann die Brust wegnehma. Daß des scho so groß wor.

103 Pw: Guat - damals is mein Mann schlecht gangen mit de Kopf=

Sw: mhm

104 Pw: tumore - do hob i auf mi net so vü docht. Vielleicht wenn

Sw:

mhm - also des war grad zu der

105 Pw: i des früher gmerkt hätt -

Sw: Zeit wie - Gatte die Operation ghabt hat. - Wie er die

106 Pw: ja ja

Sw: Operationen schon ghabt hat oder wies wies erst - des

107 Pw: No

Sw: feststellt ham.

108 Pw: er is s'erste Mal - bewusstlos worn is er des erste Mal -

Sw:

mhm

109 Pw: des war im Novemba - und im Dezemba is er dann operiert

Sw:	mhm
110 Pw:	worn bis halt festgestellt ham daß er an Kopftumor hat. -

111 Pw:	Da is er s'erschte Mal operiert worn und im März - hob i
---------	--

Sw:	mhm
112 Pw:	des donn gmerkt.

Mit der Schilderung, das Entstehen der Knoten in der Brust nicht bemerkt zu haben (100-105), thematisiert die Patientin ihre Ängste, keine Kontrolle über ihre Krebserkrankung zu haben. Wieder geht die Studentin in ihrer Weiterführung auf diese zugrundeliegenden Bedeutungen nicht ein, sondern verlagert die eigentlich notwendige Prozessierung, wie oben, auf eine Differenzierung des zeitlichen Verlaufs (105-108).

Die Patientin kommt am Ende in ihrer Antwort mit "*und im März - hob i des donn gmerkt*" (111/2) auf beide für sie relevanten und bisher nicht angemessen bearbeiteten Themen zurück, auf den Zeitpunkt des Todes ihres Partners und auf die Ängste wegen ihrer Krebserkrankung. Daraus entwickelt sich eine dramatische Interaktionssituation: die Patientin beharrt auf der Prozessierung ihrer Erlebensdarstellungen, die Möglichkeiten der zeitlichen Differenzierung sind ausgeschöpft, die Studentin verfügt über kein sprachliches Repertoire, um das Eingehen auf die erlebensmäßig-affektive Bedeutungsebene zu bewältigen. Die Gefahr eines Gesprächsabbruchs wird akut:

111 Pw:	Da is er s'erschte Mal operiert worn und im März - hob i
---------	--

Sw:	mhm /7 sec. Pause/ mhm
112 Pw:	des donn gmerkt. /Und wanns wolln /P will Ober=

Sw:	brauchnS nicht
113 Pw:	- i zeig Ihnas/ na? brauch i net? körper entblößen/

Sw:	/3 sec. Pause/ Und wie Sie kleiner warn
114 Pw:	Najo - des wärs.

115 Sw:	- ham Sie da - so diese diese diversn Kinderkrankheitn
---------	--

Sw:	ghabt?
116 Pw:	Des waß i net. M/Uns worn 8 Kinder - und am Land.

In der Pause von sieben Sekunden (112) manifestieren sich die massiven Textplanungsprobleme der Studentin. An diesem Punkt macht die Patientin einen endgültigen Versuch zu klären, um welchen Diskurstyp es sich in diesem Gespräch denn nun tatsächlich handle: sie bietet an, ihre Operationsnarbe zu zeigen (112/3). Die Studentin kann auf dieses Angebot im Sinne einer körperlichen Untersuchung eingehen, dann handelt es sich um den Diskurstyp "herkömmliches Arzt-Patienten-

Gespräch". Sie kann aber auch mit dem Anteilnahmestyp "Gemeinsames Wunden und Narben besehen"<sup>67</sup> reagieren, dann handelt es sich um einen für engere soziale Beziehungen geltenden, nicht-institutionellen Diskurstyp. Daß es sich in diesem Gespräch nicht um die Realisierung des einleitend definierten Diskurstyps "psychosoziales Anamnesegespräch" handelt, hat sich im Zuge der vorangegangenen Aushandlungsprozesse herausgestellt.

Die Studentin ist von dieser Interaktionssituation jedoch überfordert. Sie geht auf den Klärungsversuch nicht ein, sondern weist das Angebot insgesamt zurück ("*brauchn'S nicht*" (113)), woraufhin die Patientin das Gespräch (da es sich, pointiert gesagt, um keinen Diskurstyp handelt) mit "*najo - des wärs.*" (114) beendet. An dieser Stelle führt die Studentin eine "Gesprächsrettungshandlung" durch: mit der Frage nach Kinderkrankheiten, die aus dem ihr geläufigen Muster "Abfragen des Anamnesebogens" stammt, initiiert sie ein neues Thema, das die Weiterführung des Gesprächs ermöglicht. Auf diese Bewältigungsstrategie reagiert die Patientin - auch intonatorisch auffällig - abwehrend und geht auf dieses und die noch folgenden Themenangebote in der Form ein, daß sie nach einer kurzen Beantwortung immer wieder auf die für ihre Ängste relevanten Erlebnisinhalte zurückkommt.

#### 9.4.4. Zusammenfassung

Eine zentrale Zielsetzung des psychosozialen Anamnesegesprächs ist die Erfassung der Erlebensqualität dargestellter Ereignisse und der individuell-zugrundeliegenden Bedeutung von Patienten-Äußerungen. Dies erfolgt über sprachliche Handlungen der vertiefenden Bearbeitung, sogenannte Prozessierungsmechanismen.

In den Analysen wurde deutlich, daß *Prozessierungsmechanismen* wie die antizipierende Deutung von Emotionen und die Vertiefung, die den affektiv-erlebensmäßigen Bedeutungsgehalt der Patienten-Äußerungen thematisieren und weiterführen, geeignete sprachliche Handlungen sind, um einen Zugang zum individuellen Relevanzsystem eines Patienten/einer Patientin zu erhalten. Da die PatientInnen über dieses Gesprächsverhalten erfahren, daß sie in ihrem individuellen Erleben wahr- und ernstgenommen werden, manifestiert sich in diesen sprachlichen Handlungen der StudentInnen eine zugrundeliegende patientenzentrierte Haltung.

Weiterhin zeigte sich, daß PatientInnen über erlebensrelevante Hinweise ("Relevanzmarkierungen") vielfältige *Thematisierungs- und Prozessierungsangebote* initiieren, die von den StudentInnen über diese Prozessierungsmechanismen interaktiv gestützt und so von den PatientInnen weitergeführt werden können. Die interaktive Bestätigung des Gesprächsverhaltens der PatientInnen erweist sich als notwendig, da Relevanzmarkierungen und Emotionsbeschreibungen im herkömmlichen ärztlichen Gespräch normalerweise übergangen werden.

---

<sup>67</sup> Ich danke Reinhard Fiehler für diesen interessanten Hinweis (vgl. auch (6.2.2.)).

Die von den StudentInnen am häufigsten eingesetzten sprachlichen Handlungen, um erlebensrelevante Darstellungen oder Emotionsthematisierungen zu bewältigen, sind *Mechanismen der Emotionsregulation* wie Ratifizierungen und Übergehen, die stets mit einem thematischen Wechsel und der Etablierung der somatisch-technischen oder allgemein-faktischen Bedeutungsebene der Äußerungen verbunden sind. Dies entspricht dem interaktiven Umgang mit erlebensrelevanten Schilderungen im herkömmlichen medizinischen Diskurs, mit den Unterschieden, daß die PatientInnen in den Student-Patienten-Gesprächen ihre Darstellungen zu Ende führen können und die thematischen Wechsel nicht nur in den rein krankheitsbezogenen Bereich erfolgen, sondern zusätzlich in alle als psychosozial relevant definierten Bereiche wie Beruf, Familie und biografische Entwicklung. Die interaktiven Mechanismen des herkömmlichen ärztlichen Diskurses werden psychosozial "verbrämt".

Damit lassen sich die Student-Patienten-Gespräche durch den Widerspruch zwischen der Aufforderung an die PatientInnen, zu erzählen und unangemessenen oder fehlenden sprachlichen Handlungen der Weiterführung und Bearbeitung charakterisieren. In diesem *widersprüchlichen Interaktionsverhalten* wird die Kluft zwischen theoretischem Anspruch und noch nicht erworbenen sprachlichen Umsetzungsmöglichkeiten manifest. Aufgrund dieser Widersprüchlichkeit im Gesprächsverhalten der StudentInnen kommt es immer wieder zu Aushandlungsprozessen, in denen PatientInnen ein angemessenes Gesprächsverhalten, z.B. das Eingehen auf ihre Erlebensdarstellungen einfordern. Die Analyse dieser Aushandlungsprozesse macht deutlich, wie sensibel PatientInnen auf kommunikative Prozesse reagieren, was ihnen in falsch verstandener Weise aber sehr leicht als mangelnde Kooperativität ausgelegt werden kann.

### **9.5. Die Gesprächsbeendigung**

Am Ende des psychosozialen Anamnesegesprächs sollen die PatientInnen die Möglichkeit haben, noch Unbesprochenes oder ihnen Wichtiges ins Gespräch einzubringen. Als entsprechende Aufforderung schlagen (Morgan/Engel 1977:58) die Frage vor: "Gibt es noch irgend etwas anderes, worüber sie sprechen möchten?" Der Abschluß selbst soll den Patienten/die Patientin über den weiteren Untersuchungs- oder Therapieverlauf in Kenntnis setzen und eine Vereinbarung über die Form des weiteren Kontaktes mit dem Arzt/der Ärztin enthalten (Meerwein 1986:116). Damit gliedert sich die Endphase der Gespräche in die Schritte "abschließende Erzählaufforderung" und in den Gesprächsabschluß selbst.

### 9.5.1. Die abschließende Erzählaufforderung

Die von Morgan/Engel (1977) vorgeschlagene abschließende Frage "Gibt es noch irgend etwas anderes, worüber sie sprechen möchten?" entspricht in dieser Formulierung der zugrundeliegenden Intention, den PatientInnen die Möglichkeit zu geben, auf noch Unbesprochenes einzugehen (vgl. (5.2.3.)). Wie bei der einleitenden Erzählaufforderung (9.2.2.) kommt es auch bei dieser Regelformulierung zu *unterschiedlichen sprachlichen Realisierungsvarianten* der StudentInnen. Von der äußeren Form her handelt es sich dabei zwar stets um Aufforderungen an die PatientInnen, abschließend nochmals von ihrem Rederecht Gebrauch zu machen, die spezifische Intention dieser Aufforderung wird jedoch verändert oder außer acht gelassen.

#### 9.5.1.1. Die Frageaufforderung

2-2/B

365 Sm: also vielleicht möchtn Sie noch was fragn oda irgendwas

Sm: was Sie intressiert.

366 Pw: - - eigntlich wüßte ich nicht was

367 Pw: ich euch fragn könnte - oder sollte.

Der Student ermuntert die Patientin, Fragen zu stellen. Bei dieser Realisierungsvariante handelt es sich also nicht um eine *Erzählaufforderung* sondern um eine *Frageaufforderung*, die die Patientin vor ein schwer zu lösendes Interaktionsproblem stellt: in einem, auf der Station stattfindenden Gespräch bietet eine solche abschließende Frageaufforderung der Patientin die Möglichkeit, für sie relevante Fragen nach der geplanten Therapie, weiteren Untersuchungen und ähnlichem zu stellen. In der künstlich aus dem Stationsalltag herausgelösten Situation der Anamnese-gruppe können sich die möglichen Fragen nur auf die Situation selbst, d.h. also auf die Lehrveranstaltung und die Anwesenden beziehen. Dies hat jedoch mit der Patientin selbst und den Inhalten des vorangegangenen Gesprächs nichts zu tun.<sup>68</sup>

Diese Frageaufforderung verpflichtet die Patientin also zu einem inhaltlich wie handlungsmäßig stark eingeschränkten Interaktionsverhalten, andere sprachliche Handlungen, wie z.B. die Thematisierung neuer Inhalte, also die der Regelformulierung eigentlich zugrundeliegende Intention, werden damit unterbunden. Dieser Befund spiegelt sich in der Reaktion der Patientin eindeutig wider: in ihrer Ablehnung zu fragen, bezieht sie sich mit "euch" (367) tatsächlich direkt auf die an-

<sup>68</sup> Prinzipiell ist ein solches Frage-Angebot in der Anfangsphase des Gesprächs, in der es um die einleitenden Informationen zur Gesprächssituation und der Funktion der Anwesenden geht, überlegenswert.

wesende Gruppe, womit die dialogische Situation, also das Gespräch, beendet wird. Sie initiiert anschließend auch keine anderen sprachlichen Handlungen.

#### 9.5.1.2. Die unspezifische Erzählaufforderung

Eine andere Realisierungsvariante ist die unspezifische Erzählaufforderung:

1-6/B
Sw: ja wolln Sie noch irgendwas sagn? über
349 Pm: was wollnS wissen?
Sw: Ihre Krankheit oder irgendwas.
350 Pm: die Krankheit is des
351 Pm: Problem. daß gut ausgeht - net. des is jetzt - der
352 Pm: einzige Gedankn - net.

Auf die unspezifische Aufforderung der Studentin "*noch irgendwas sagn*" (349), beginnt der Patient nicht zu erzählen, sondern erkundigt sich nach dem von ihm erwarteten Inhalt. Es zeigt sich, daß diese Realisierung den gleichen interaktiven Prozeß auslöst wie eine unspezifische Erzählaufforderung in der Phase des Gesprächsbeginns (9.2.2.2.). Dies ist auch ein Anzeichen dafür, daß es im Laufe dieses Gesprächs nicht gelungen ist, den Diskurstyp "psychosoziales Gespräch" für den Patienten erfahrbar zu machen.

Durch die nachfolgende Spezifizierung der Studentin erhält diese Erzählaufforderung den Charakter einer Bewertungsaufforderung zu seiner Krankheit: "*wolln Sie noch irgendwas sagn ... über Ihre Krankheit*" (349-350). Dieser Aufforderung kommt der Patient dann auch mit einer entsprechenden Bewertungshandlung nach. Die ursprüngliche Intention, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, noch nicht Besprochenes zu thematisieren, ist ebenfalls verlorengegangen.

#### 9.5.1.3. Die Erzählaufforderung als versteckte Bewertung

Aufgrund der mangelnden inhaltlichen Orientierung, die den unspezifischen abschließenden Erzählaufforderungen zugrundeliegt, bleibt den PatientInnen die eigentliche Intention dieser Aufforderung unklar. Da eine solche abschließende Erzählaufforderung kein Bestandteil herkömmlicher ärztlicher Gespräche ist, fehlt den PatientInnen zur adäquaten Interpretation das entsprechende Routinewissen. Diese Desorientierung löst bei manchen PatientInnen die Vermutung aus, den Erwartungen nicht entsprochen zu haben:

1-5/A
561 Sw: na gut. möchten Sie sonst noch irgendendwas erzählen?

562 Pm: na ich wüßt nicht was - was möchtens noch hören? -

563 Pm: von die Krankheiten hab i alles gsagt. - - wüßte

Sw: mhm. na gut dann  
564 Pm: nicht was. wos Interessantes - i waß jo net

Sw: na hat scho paßt.  
565 Pm: oder was was. was hätts denn Euch

Sw: ja. gut. Ich danke Ihnen schön.  
566 Pm: ja? na fein.

Der anfänglich eher zurückhaltende Patient hat im Laufe des Gesprächs sehr viel von sich erzählt. Er interpretiert die unspezifische Erzählaufforderung der Studentin als Vorwurf, zu wenig erzählt oder nicht genug "Interessantes" (564) geboten zu haben und versucht sich zu rechtfertigen ("hab i alles gsagt" (563), "wüßte nicht was" (563/4)). Die Rechtfertigungshandlung des Patienten macht deutlich, daß die unspezifische Erzählaufforderung für ihn die Funktion einer versteckten Bewertung hat, bei der Bewältigung dieser für ihn ungewohnten Interaktionssituation versagt zu haben. Diese Interpretationsbereitschaft des Patienten unterstützt die Befunde vorangegangener Analysen, daß die PatientInnen diese Gespräche als Prüfungssituationen wahrnehmen, an deren Ende sie eine Bewertung erwarten.

Anschließend an die Rechtfertigung beginnt der Patient, sich über die ihm unklaren Erwartungen zu informieren ("was hätts denn Euch" (565)). Damit fordert er von der Studentin aber zugleich eine explizite Bewertung seines Gesprächsverhalten ein. Mit "hat scho paßt" (565) erhält er eine explizite, positiv gefärbte Bewertung, nach der das Gespräch dann auch abgeschlossen werden kann.

Dieser Verlauf macht zweierlei deutlich: erstens muß die abschließende Erzählaufforderung so formuliert werden, daß deren Intention für die PatientInnen eindeutig erkennbar wird und sie interaktiv angemessen darauf reagieren können; zweitens muß in dieser speziellen Gesprächssituation der Anamnesegruppe auf das Bedürfnis der PatientInnen nach einer expliziten Bewertung ihres Gesprächsverhaltens Rücksicht genommen werden (vgl. (9.5.3.)).

#### 9.5.1.4. PatientInnen beenden das Gespräch

Wenn abschließende Erzählaufforderungen am Ende von überlangen und/oder schwierig verlaufenen Gesprächen auftreten, signalisieren einige der PatientInnen an dieser Stelle ihr Bedürfnis, das Gespräch zu einem Ende kommen zu lassen:

4-1/B  
Sm: mhm. /12 sec Pause/ ja - mir fällt ka  
378 Pm: Samstag geh i ham.

379 Sm: Frage mehr ein. Wolln Sie noch - irgndwas erzähl'n - was

Sm: sagen?  
380 Pm: na - an und für sich - i wissat eigentlich net.- - - hamma

Sm: - - gut. - dann alles Gute.  
381 Pm: schon viel plaudert.

Das Gespräch war von einer starken Frageaktivität des Studenten und häufigen, nicht-nachvollziehbaren Themenwechseln gekennzeichnet.<sup>69</sup> Auf die abschließende Erzählaufforderung reagiert der Patient zuerst verneinend (380), dann signalisiert er mit "*hamma schon viel plaudert*" (380/1), daß er das Gespräch für ausreichend hält und es eigentlich beenden möchte. Interessant ist die Bezeichnung "plaudern" als euphemistische Bewertung des abgelaufenen Gesprächs. Die Verwendung dieses Begriffs kann einerseits auf eine gewisse Abwehr des Patienten hindeuten, die im Zusammenhang mit seiner Krankheit angesprochenen Themen allzu ernst zu nehmen, andererseits kann sie sein Gefühl ausdrücken, die Gesprächsführung des Studenten tatsächlich als "Plauderei" empfunden zu haben. Ähnlich verläuft der Abschluß des folgenden Gesprächs:

4-5/A  
276 Sw: Wolln Sie uns noch

Sw: was erzähl'n vielleicht was Sie wichtig finden?  
277 Pw: - - waß

Sw: vielen Dank fürs  
278 Pw: i nix mehr sonst. ich glaub das wärs.

Sw: Gespräch.  
279 Pw: bitte.

Der abschließenden Erzählaufforderung ist eine unbefriedigende Gesprächspassage vorangegangen, in der die Studentin die Patientin zur Darstellung möglicher krankheitsrelevanter Erlebenszusammenhänge drängte.<sup>70</sup> Die Patientin reagiert auf die weitere Aufforderung der Studentin knapp zurückweisend und erklärt das Gespräch mit "*ich glaub das wärs*" (278) für beendet.

#### 9.5.1.5. Das Dilemma der angemessenen Realisierungsvarianten

Damit komme ich zu den Realisierungsvarianten der abschließenden Erzählaufforderung, die der Intention der Regelformulierung von Morgan/Engel (1977) entsprechen.

<sup>69</sup> Vgl. die Analyse in (9.3.2.3.2.).

<sup>70</sup> Vgl. die Analyse in (9.3.1.4.)

4-3/A

387 Sw: mh. naja. an und für sich hab ich keine Fragen mehr. wenn

388 Sw: Sie noch - wenn Sie das Gefühl haben irgendwas Wichtiges

Sw: nicht gesagt zu haben oder -

389 Pw: na. - waß i eigentlich net.

Sw: mh.

390 Pw: - - ja wie gesagt Akupunktur hab ich einmal versucht

391 Pw: das ging komischerweise drei Wochen gut. ohne Cortison.

Die Studentin markiert den Beginn der Abschlußphase des Gesprächs, indem sie explizit auf das Ende ihrer Frageaktivitäten hinweist. Dieser Hinweis, daß ihr Informationsbedürfnis befriedigt ist, enthält die Qualität einer positiven Bewertung des Gesprächsverlaufs und bietet sich damit als interaktives Mittel an, um möglichen Fehlinterpretationen der folgenden Erzählaufforderung präventiv entgegenzuwirken.

Mit der Formulierung ("*irgendwas Wichtiges nicht gesagt zu haben*") (388/9)) orientiert die Studentin die Patientin explizit darüber, daß sie jetzt die Möglichkeit hat, auf für sie Relevantes, aber noch nicht Besprochenes einzugehen. Damit gelingt die interaktive Umsetzung der der Regelformulierung zugrundeliegenden Intention. Die Patientin nimmt das Angebot nach einer Verzögerung in Anspruch: in der folgenden, ausführlichen Darstellung thematisiert sie das erste Mal in diesem Gespräch ihre Ängste, von dem Medikament, das sie aufgrund ihres langjährigen Asthmas einnehmen muß, abhängig zu sein.<sup>71</sup>

451 Pw: ja jetzt momentan schon/ also derzeit schon nur is

452 Pw: es eben komisch einerseits und verwunderlich daß ma von

453 Pw: diesen lächerlichen wie man sagt 4mg afach net wegkommt.

Sw: das stört Sie schon? ja.

454 Pw: ja es stört mich ja. weil i immer

455 Pw: so a bißl/ also i hab scho immer a bißl die Angst daß

Sw: mh. - daß es dann

456 Pw: des amal net hilft sag ma so. und dann.

Sw: nix mehr gibt oder so. mh. sicher.

457 Pw: ja. die Angst hab i schon.

Diese Darstellung enthält inhaltlich an sich wichtige Informationen über die zentrale Beunruhigung der Patientin. Von ihrer Form her handelt es sich um eine Rele-

<sup>71</sup> Vgl. dazu auch die Analyse in (9.3.2.2.1)

vanzmarkierung auf der erlebensmäßig-affektiven Bedeutungsebene ("*komisch einerseits und verwunderlich*" (452)) und unterliegt damit den in (9.3.2.) und (9.4.1.) dargestellten interaktiven Prozessierungsmechanismen. Damit treten aber auch die damit in diesen Gesprächen verbundenen interaktiven Bewältigungsschwierigkeiten auf.

Die Studentin thematisiert den der Relevanzmarkierung zugrundeliegenden affektiven Gehalt ("*das stört Sie schon?*" (454)). Dieser Prozessierungsmechanismus der Vertiefung ermöglicht es der Patientin, auf die Abhängigkeitsängste zu sprechen zu kommen, die ihrer Beunruhigung zugrundeliegen. Auf dieser Ebene macht der so initiierte Prozeß aber den Einsatz weiterer professioneller therapeutischer Sprachhandlungen notwendig, die der Studentin nicht zur Verfügung stehen. Die thematisierten Ängste können nicht weiter bearbeitet werden, die Studentin bricht den Prozeß in (457) mit einer emotionsregulierenden Ratifizierungshandlung ("*sicher*") ab (vgl. (9.4.1.3.)).

Damit wird einmal mehr das *grundlegende Dilemma* deutlich, in dem sich diese Gespräche befinden: unangemessene Realisierungsvarianten der Regelformulierung des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung erzeugen prinzipielle Kommunikationsprobleme und verhindern die Durchführung des geplanten Gesprächsziels; angemessene Realisierungsvarianten machen den Einsatz weiterer professioneller therapeutischer Sprachhandlungen notwendig, für die den StudentInnen die entsprechende Qualifikation fehlt. Wieder werden die schon angesprochenen Fragen der Verantwortung für die PatientInnen sowie die Notwendigkeit konzeptueller Veränderungen der Lehrveranstaltung akut (vgl. (10.2.2.)).

Zusätzlich zum allgemeinen Problem der interaktiven Bewältigung der erlebensrelevanten Darstellungen, die auf die abschließende Erzählaufforderung erfolgen, ergibt sich in den Gesprächen in der Anamnesegruppe ein an dieser Stelle spezielles Problem: in einigen Gesprächen führt die abschließende Erzählaufforderung zur Einleitung einer *zweiten "Gesprächsrunde"*. In diesen zweiten Runde wiederholen sich aber normalerweise lediglich die kommunikativen Schwierigkeiten des ersten Gesprächsteils, da kein Reflexionsprozeß dazwischengeschaltet ist. So entstehen überlange Gesprächsverläufe, die die InteraktantInnen überfordern, das Gespräch selbst qualitativ aber nicht verbessern.

Der Grund für die Bereitschaft der StudentInnen, weitere Gesprächsrunden "anzuhängen", liegt einmal mehr in der Konzeption der Lehrveranstaltung: erstens ist anzunehmen, daß sich die StudentInnen nach einem unbefriedigenden Gesprächsverlauf von zusätzlichen Gesprächsrunden "bessere psychosoziale Ergebnisse" erwarten bzw. lange Gespräche mit PatientInnen besser bewerten als kurze. Dies hat primär mit der Konkurrenzsituation innerhalb der Kleingruppe zu tun. Zweitens gibt es, im Unterschied zur natürlichen Situation der Krankenhausstation, nicht die Möglichkeit, zur Bearbeitung der neuen Inhalte auf weiterführende Gespräche zu einem späteren Zeitpunkt zu verweisen, was den StudentInnen zusätzlich die Möglichkeit gäbe, das bisherige Gespräch zu reflektieren. Der Faktor der

nur einmal stattfinden Gespräche mit den jeweiligen PatientInnen unterstützt die StudentInnen geradezu dabei, "alles" in einem Gespräch unterzubringen.

### 9.5.2. Die Funktionalisierung der psychosozialen Regelformulierung

Wie alle Regelformulierungen des psychosozialen Anamnesegesprächs kann auch die abschließende Erzählaufforderung selbst als Prozessierungsmechanismus und interaktives Mittel zur Bewältigung schwieriger Kommunikationssituationen funktionalisiert werden (vgl. (9.3.2.2.)). Die Patientin, die vor einer Brustoperation steht, hat im Lauf des Gesprächs zunehmend mehr über sich und ihre emotionale Befindlichkeit erzählt. Schließlich geht sie erstmals explizit auf ihre Ängste im Zusammenhang mit einem möglichen Verlust des Arbeitsplatzes ein:

1-4/B

Sw: hm  
390 Pw: wemma länger drüber nachdenkt is net afoch. - wann i

391 Pw: wirkli Krebs hob oda wos - und längere Zeit weg bin muaß

392 Pw: i Angst ham daß mein Job weg is - na. des geht in so ana

393 Pw: Firma sehr rasch na. ( ) und dann muß ma si wieda hint

Sw: mhm. und da Job  
394 Pw: anstelln. - und i hab doch noch 10 Jahr.

Sw: dürft Ihnen doch viel Freude machn oda?  
395 Pw: schon.auf jedn Fall.

Sw: des is klar.  
396 Pw: deswegn will i ihn a net verliern. des mecht

Sw: des is klar. - - gibt  
397 Pw: i net so afoch wem ondan überlassn.

398 Sw: es noch was was Sie noch sagen möchten? was Ihnen noch

Sw: einfällt? okay. ich dank Ihnen für  
Pw: - - /eigentlich net./  
399 / sehr leise /

400 Sw: das Gespräch und: wünsch Ihnen alles Gute für morgen.

Sw: auf Wiedersehn.  
401 Pw: danke. wiederschaun.

Die Studentin verfährt mit der Darstellung der Patientin insgesamt emotionsregulierend. Sie übergeht die explizite Thematisierung der Ängste der Patientin, indem sie in (395) den thematischen Fokus in Richtung Arbeitszufriedenheit verschiebt.

Auf den von der Patientin initiierten Aushandlungsprozeß, in dem diese die interaktive Bearbeitung ihrer Ängste einfordert (396-397), reagiert sie mit relevanz-abstufenden Ratifizierungshandlungen ("des is klar" (397)).<sup>72</sup> Der gesprächsorganisatorisch notwendige thematische Wechsel erfolgt über die Realisierung einer abschließenden Erzählaufforderung. Als eine weitere Erzählaufforderung, die vom theoretischen Anspruch her ja auch ein angemessenes Prozessierungsangebot impliziert, wirkt diese im Zusammenhang mit der tatsächlichen Form der interaktiven Bewältigung der vorangegangenen Erlebensdarstellung geradezu paradox.

Dem Einsatz der abschließenden Erzählaufforderung liegt somit primär die Zielsetzung zugrunde, nicht nur die Bearbeitung der vorangegangenen Darstellung selbst, sondern das Gespräch insgesamt abzuschließen. Da sich die Patientin zunehmend öffnet, fungiert die Regelformulierung als Bewältigungsmechanismus eines immer schwieriger werdenden Gesprächsverlaufs. Die Reaktion der Patientin auf diese Form der Prozessierung fällt erwartungsgemäß verneinend aus, woraufhin das Gespräch auch tatsächlich abgeschlossen werden kann.

### 9.5.3. Der Gesprächsabschluß

Der Gesprächsabschluß selbst ist im Rahmen dieser Lehrveranstaltung eine schwer zu bewältigende Interaktionssituation. Bei Gesprächen, die direkt auf den Krankenhausstationen stattfinden, besteht die Möglichkeit zu Abschlußhandlungen wie die Informationsgabe über den weiteren Untersuchungsablauf oder weitere Gesprächsgelegenheiten, Handlungen, die zudem kontaktstabilisierend wirken. In dieser künstlich aus dem Stationsalltag herausgelösten Gesprächssituation sind diese Möglichkeiten unterbunden. Zugleich hat sich in den vorangegangenen Analysen gezeigt, daß die PatientInnen aufgrund dieser für sie ungewohnten Gesprächssituation, die sie sehr stark als Prüfungssituation erfahren, erwarten, am Ende des Gesprächs eine explizite Bewertung ihres Gesprächsverhaltens zu bekommen.

In der speziellen Situation der Anamnesegruppe geht es beim Abschluß der Gespräche also primär darum, die Bereitschaft der PatientInnen, sich zu dem Gespräch zur Verfügung gestellt und vor einer Gruppe von ZuhörerInnen über sich erzählt zu haben, *positiv zu bewerten*. Ein solcher Abschluß findet in einigen der Gespräche auch statt:

3-4/A
Sw: ich bin am Ende. mir fällt nichts mehr ein. - ich bin
384 Pm: ja

  

385 Sw: sehr dankbar daß Sie uns das auch erzählt habm. danke
---

<sup>72</sup> An dieser Stelle möchte ich daraufhinweisen, daß emotionsregulierende sprachliche Handlungen nicht per se als "gut" oder "schlecht" zu bewerten sind. Die Angemessenheit dieses Prozessierungsmechanismus muß an der Reaktion der Patientin gemessen werden, die im Rahmen dieses Gesprächs eine andere Form der Prozessierung einfordert (vgl. dazu auch (9.4.3.)).

Sw: schön.  
386 Pm: danke

Die Studentin bedankt sich explizit bei dem Patienten, in diesem Gespräch so viel von sich hergegeben zu haben. Diese positive Bewertungshandlung vermittelt ihm das Gefühl, den Erwartungen entsprochen und die ungewohnte Situation interaktiv gut bewältigt zu haben. Das Interaktionsereignis kann in seiner Einmaligkeit, unabhängig vom eigentlichen Gesprächsverlauf, gut abgeschlossen und beendet werden.

Stark verkürzte Abschlußvarianten werden der Bereitschaft und den Anstrengungen der PatientInnen nicht gerecht. Zudem werden diese von den StudentInnen oft recht abrupt gesetzt, wenn das Gespräch sich zu wiederholen beginnt, die möglichen Themen zur Neige gehen oder die Gesprächswilligkeit der PatientInnen aufgrund eines überlangen Gesprächs oder unbefriedigender interaktiver Verläufe zu sinken beginnt.

4-3/A  
460 P: - ich weiß net aber des wär vielleicht

S: na sicher mhm - - - na gut. -  
461 P: dann schon - schlimm. nen?

S: danke schön.  
462 P: gerne.

#### 9.5.4. Zusammenfassung

Die Endphase der psychosozialen Anamnesegespräche in der Anamnesegruppe gliedert sich in zwei Teile: in die abschließende Erzählaufforderung, die den PatientInnen die Möglichkeit geben soll, noch Unbesprochenes zu thematisieren und in den Gesprächsabschluß selbst.

In den Analysen wurde folgendes *Dilemma* deutlich: unspezifische Realisierungsvarianten *der abschließenden Erzählaufforderung* führen - in ähnlicher Weise wie unspezifische einleitende Erzählaufforderungen - zu interaktiven Orientierungshandlungen der PatientInnen und laufen Gefahr, von diesen als indirekte, negative Bewertungen ihres Gesprächsverhaltens interpretiert zu werden. Angemessene Realisierungsvarianten sind zwar geeignet, weitere Erlebensdarstellungen zu initiieren, ziehen damit aber, wie alle psychosozialen Regelformulierungen, weitere professionelle therapeutische sprachliche Handlungen der Prozessierung und Bearbeitung dieser Darstellungen nach sich. Häufig leitet die abschließende Erzählaufforderung weitere "Gesprächsrunden" ein, was zu überlangen, sich qualitativ nicht verändernden Gesprächsverläufen führt. Grund dafür ist das konzeptuelle Merkmal der Einmaligkeit der Gespräche in der Anamnesegruppe, das die Bereitschaft der StudentInnen fördert, "alles" in einem Gespräch unterzubringen.

Der eigentliche *Gesprächsabschluß* selbst ist schwer zu bewältigen, da es in dieser künstlich aus dem Stationsalltag herausgelösten Gesprächssituation nicht die Möglichkeit zu kontaktstabilisierenden Abschlußhandlungen wie die Informationsgabe über den weiteren Untersuchungsablauf oder weitere Gesprächsgelegenheiten gibt. Daher geht es beim Abschluß dieser Gespräche in der Anamnesegruppe primär darum, die Bereitschaft der PatientInnen, sich zu dem Gespräch zur Verfügung gestellt zu haben, positiv zu bewerten. Damit wird auch dem Bedürfnis der PatientInnen entsprochen, am Ende dieser für sie ungewohnten Gesprächssituation, die sie häufig als Prüfungssituation erfahren, eine explizite Bewertung ihres Gesprächsverhaltens zu bekommen. Insgesamt unterstützen auch diese Ergebnisse die Forderung nach einer konzeptuellen Veränderung dieser Lehrveranstaltung.

## 10. Ergebnisse und Konsequenzen

### 10.1. Zum patientenzentrierten Gesprächsverhalten

#### 10.1.1. Psychosozial relevantes Handeln

Patientenzentriertes ärztliches Handeln basiert auf der Grundeinstellung, den Kranken/ die Kranke und sein/ihr Erleben ins Zentrum der medizinischen Betreuung zu stellen. Diese Grundhaltung bestimmt auch den sprachlichen Umgang mit Kranken. Wie in den Analysen deutlich wurde, manifestiert sich in der Art und Weise des gesamten kommunikativen Verhaltens, auf Makro- wie auf Mikroebene, die ihm zugrundeliegende Haltung. Eine psychosoziale Grundhaltung manifestiert sich demnach in der sequenzübergreifenden Gestaltung der aufeinanderfolgenden Gesprächsphasen und des gesamten Gesprächsablaufs wie in der Realisierung der einzelnen Gesprächsschritte selbst und hat - genuin patientenzentriert - mit einer Einstimmung auf die Erwartungen und die unmittelbare Befindlichkeit des Patienten/der Patientin zu tun.

Bei der Gesprächssituation in der Anamnesegruppe handelt es sich um eine, aus dem Stationsalltag künstlich herausgelöste und für die PatientInnen unbekanntere Interaktionssituation, die sie mit einem Gesprächsverhalten konfrontiert, das mit dem herkömmlichen ärztlichen Gespräch nicht vergleichbar ist. *Patientenzentriertes Handeln in den Student-Patienten-Gesprächen* bedeutet also, daß, dem eigentlichen Gesprächsziel "Anamnesegegespräch" vorgelagert, in ganz besonderem Maße auf die Spezifika dieser Gesprächssituation und deren Bedeutung für die Erwartungen und das Gesprächsverhalten der PatientInnen Rücksicht genommen werden muß.

In der unmittelbaren Anfangsphase des Gesprächs müssen die PatientInnen, die sich für die Gespräche zur Verfügung gestellt haben, ausreichende *Information über die Gesprächssituation* erhalten, also über den Ausbildungscharakter der Veranstaltung und über die Funktion der zuhörenden Gruppe und des/der gesprächsführenden Studenten/Studentin. Da PatientInnen im herkömmlichen Krankenhausalltag üblicherweise nicht über die jeweiligen situativen Bedingungen und Funktionen orientiert werden, ist schon dieser Schritt Ausdruck einer patientenzentrierten Haltung. Er zeigt den PatientInnen, daß sie in ihren Informationsbedürfnissen wahrgenommen werden und entlastet sie davon, sich eigene Theorien zu der für sie fremden Situation und zu den möglichen Erwartungen an sie bilden zu müssen. Diese Phase geht dem Beginn des eigentlichen Anamnesegegespräch nicht

nur voraus, sondern bildet die Grundlage für eine Gesprächsatmosphäre, die eine Öffnung des Patienten/der Patientin überhaupt erst möglich macht.

Der eigentliche Beginn des "Anamnesegesprächs" ist gekennzeichnet durch die *Einführung des Diskurstyps "psychosoziales Gespräch"* und die Aufforderung an die PatientInnen, mit einer ausführlichen Darstellung ihrer Beschwerden zu beginnen. Wie die Analysen zeigen, muß die Einführung des neuen Diskurstyps mit einer eindeutigen Orientierung über das Gesprächsziel und seine allgemeinen Inhalte einhergehen, die Erzählaufforderung selbst muß explizit formuliert werden. Diese eindeutigen und expliziten gesprächsorganisatorischen Informationen sind notwendig, um das Gespräch für die PatientInnen eindeutig erkennbar von einem herkömmlichen ärztlichen Gespräch abzugrenzen und um der bei den PatientInnen stattgefundenen Sozialisierung in den medizinischen Diskurs entgegenzuwirken. Diese Informationen ermöglichen es ihnen, ihre Erwartungen und ihr Sprachverhalten an einem gemeinsam etablierten Gesprächsziel zu orientieren.

Ebenso notwendig ist eine besondere *interaktive Stützung* von Seiten der StudentInnen zu Beginn der einsetzenden Beschwerdenschilderung. Erstens ist der Diskurstyp "psychosoziales Gespräch" für die PatientInnen neu, d.h. sie können auf kein Routinewissen zurückgreifen, was die Anforderungen an ihr Gesprächsverhalten betrifft. Zweitens ist die Durchführung einer längeren, eigenständig gestalteten Diskurseinheit für sie eine ungewohnte sprachliche Handlung, die im Rahmen eines herkömmlichen ärztlichen Gesprächs normalerweise sanktioniert wird. Diese interaktive Stützung muß vor allem während der ersten Patienten-Äußerungen über ausreichende bestätigende Hörersignale erfolgen, in der für die PatientInnen klar erkennbar wird, daß der Student/die Studentin tatsächlich die Zuhörerrolle eingenommen hat sowie gegebenenfalls über weitere explizite Erzählaufforderungen.

Weiterhin manifestiert sich die psychosoziale Grundhaltung in der Wahrnehmung der *Entlastungsfunktion*, die ein solches, auf der Station selbst nicht vorhandenes Gesprächsangebot für PatientInnen haben kann. Dies betrifft vor allem PatientInnen, die unmittelbar vor oder nach erlebensrelevanten Ereignissen wie Operationen oder Warten auf Operationsbefunde stehen. Wenn die StudentInnen diese Entlastungsfunktion zulassen und den unmittelbaren Ängstigungen und Befürchtungen der PatientInnen Raum geben, vermitteln sie den PatientInnen das Gefühl, tatsächlich in ihrer aktuellen Befindlichkeit wahrgenommen zu werden und nicht als "psychosozial zu befragendes" Objekt zu dienen. Die PatientInnen in ihrem Erleben und in ihrem Umgang mit unmittelbar belastenden Ereignissen zu erfahren, ist eine sinnvolle Bewältigung des Faktums, daß es sich um einmalig stattfindende Gespräche handelt und zudem eine wesentliche Erfahrung, wie psychosozial relevantes Handeln im späteren beruflichen Alltag umgesetzt werden kann.

Wenn StudentInnen diese Bedürfnisse und Erwartungen der PatientInnen nach Entlastung nicht wahrnehmen, sondern die Bearbeitung anderer, entfernterer psychosozialer Bereiche wie Familie und Berufstätigkeit fokussieren, wird *psychosoziales Handeln abstrakt*. Die für die PatientInnen unmittelbar relevanten Themen bleiben im Raum stehen und werden von diesen immer wieder thematisiert, was zu

einer Vielzahl von Themenwechseln, Aushandlungsprozessen und überlangen Gesprächen führt und eine praxisrelevante Übertragung psychosozialer Gesprächsführung in den Stationsalltag vermeintlich unmöglich macht. Hier wird die Schwierigkeit besonders deutlich, die Bedürfnisse der PatientInnen, die ja tatsächlich krank und physisch wie psychisch belastet sind, mit den Bedürfnissen der StudentInnen, psychosoziale Gesprächsführung zu üben, zu verbinden.

Patientenzentriertes Handeln heißt auch, die *Grenzen dieser Gesprächssituation* und die Grenzen der eigenen Fähigkeiten nicht zu überschreiten. Dies bedeutet für die StudentInnen, auf den Einsatz sprachlicher Handlungen wie z.B. auf deutungsähnliche Aktivitäten oder auf insistierendes Fragen nach möglichen krankheitsrelevanten Zusammenhängen zu verzichten, da ihnen (noch) die Qualifikation fehlt, ausgelöste Prozesse im Gespräch selbst aufzufangen und die PatientInnen nach Beendigung dieses Gesprächs nicht die Möglichkeit haben, ausgelöste Prozesse in nachfolgenden Gesprächen weiter zu bearbeiten.

Ein weiteres Ergebnis der Analysen ist, daß PatientInnen aufgrund der für sie ungewohnten Gesprächssituation, die sie in hohem Maß als *Prüfungssituation* erfahren, am Ende des Gesprächs eine Bewertung ihres Gesprächsverhaltens erwarten.<sup>73</sup> Deshalb muß der Gesprächsabschluß in dieser speziellen Gesprächssituation die Form einer expliziten, positiven Bewertung erhalten, mit der zugleich die Bereitschaft der PatientInnen honoriert wird, sich für das Gespräch zur Verfügung gestellt und vor einer Gruppe von ZuhörerInnen von sich erzählt zu haben. Eine solche abschließende Zuwendung ermöglicht es ihnen, diese einmalige Gesprächssituation für sich selbst auch gut beenden zu können.

Eine wichtige Erfahrung, die anhand der Analysen möglich wird und die als Bestandteil in die patientenzentrierte Haltung integriert werden soll/kann, ist, Vertrauen in das *interaktiv relevante Handeln der PatientInnen* zu haben, d.h. PatientInnen thematisieren die tatsächlich erlebensrelevanten Ereignisse, sie weisen auf ihre Erzählbereitschaft hin, sie halten sich an die interaktiven und inhaltlichen Vorgaben der StudentInnen. Das bedeutet natürlich auch, daß sie die Thematisierung und Bearbeitung erlebensrelevanter Ereignisse einfordern und in unangemessen geführten Gesprächen die Kooperation verweigern und diese von sich aus beenden.

Für die Student-Patienten-Gespräche der Anamnesegruppen bedeutet psychosozial relevantes Handeln also zum einen, den Einfluß der spezifischen situativen Bedingungen auf die Erwartungen und das Gesprächsverhalten der PatientInnen zu berücksichtigen, ebenso wie deren Erfahrungen mit dem herkömmlichem medizinischen Diskurs, und bedeutet zum anderen, das interaktive Verhalten mit diesen Faktoren abzustimmen. Dies bildet die Basis, auf der ein offenes und beziehungsvolles, also patientenzentriertes Gespräch entstehen kann, dessen Durchfüh-

---

<sup>73</sup> Es ist anzunehmen, daß eine Rücksichtnahme und entsprechende interaktive Einbindung der spezifischen situativen Bedingungen den Prüfungscharakter vermindert und damit die Bedürfnisse der PatientInnen nach Bewertung reduziert, in einer veränderten Gesprächssituation die Notwendigkeit einer abschließenden positiven Bewertung an Bedeutung verliert.

rung selbst sprachliche Handlungen erfordert, die dem Gesprächsziel angemessen sind. Da es die Zielsetzung der Lehrveranstaltung und der StudentInnen ist, ein solches Gespräch führen zu lernen und angemessene Techniken der Gesprächsführung zu erwerben, wird die *grundlegende Problematik* evident: die künstliche Herauslösung der Gesprächssituation aus dem Stationsalltag, die es vermeintlich möglich macht, einen neuen Diskurstyp 'auszuprobieren', erweist sich selbst als vorrangig gesprächsbestimmender Faktor, dessen Bewältigung von den StudentInnen gerade die patientenzentrierte Grundhaltung und Erfahrung erfordert, die es erst zu erwerben gilt.

Dieser konzeptuell bedingte Widerspruch, die damit einhergehende Überforderung der StudentInnen und der so entstehende Druck führen dazu, daß in vielen Gesprächen die *psychosoziale Dimension* sozusagen *simuliert* wird. Die psychosoziale Haltung, die erworben und interaktiv umgesetzt werden soll, wird durch den bloßen Einsatz von Gesprächsregeln ersetzt, die Gespräche erschöpfen sich im unsystematischen Abfragen und Explorieren von psychosozialen Daten, rasche Einigungen auf gängige psychosomatische Zusammenhänge ersetzen das Miteinander-in-Beziehung-Treten.

Die konzeptuellen Bedingungen der Lehrveranstaltung und die fehlende Reflexion der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Gesprächssituation und auf das Verhalten und die Erwartungen der PatientInnen behindern ganz grundsätzlich das Einnehmen einer psychosozialen Haltung und torpedieren das eigentliche Lehrziel, die Durchführung eines psychosozialen Anamnesegesprächs.

### 10.1.2. Die psychosozialen Regelformulierungen

Damit komme ich zu den Analyseergebnissen, die speziell die Regelformulierungen des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung nach Morgan/Engel (1977) betreffen. In den Analysen der Student-Patienten-Gespräche zeigte sich, daß sich sowohl in den allgemeinen Forderungen dieses Konzepts an das Gesprächsverhalten wie in den einzelnen vorgegebenen Formulierungen eine zugrundeliegende patientenzentrierte Haltung manifestiert. Dennoch führt deren interaktive Umsetzung in den untersuchten Gesprächen systematisch zu Kommunikationsproblemen.

Der erste Grund dafür liegt in der *spezifischen Gesprächssituation* "Anamnesegespräch in der Anamnesegruppe". Die psychosozialen Regelformulierungen beziehen sich auf die Durchführung von psychosozialen Anamnesegesprächen auf Krankenhausstationen, mit PatientInnen, die sich am Beginn eines Krankenhausaufenthalts befinden. Die spezifischen Bedingungen der Gespräche in den Anamnesegruppen machen, wie oben ausgeführt, vor allem in der Anfangs- und Abschlußphase andere als in diesem Konzept angeführte interaktive Handlungen der Orientierung und Bewertung notwendig. Ohne eine Bewußtmachung und Reflexion dieser speziellen Bedingungen ist die Entwicklung situationsangepaßter sprachlicher Handlungen der StudentInnen jedoch nicht möglich. Sie müssen auf

Regelformulierungen zurückgreifen, die der speziellen Gesprächssituation nicht angemessen sind.

Ein zweiter Grund ist die mangelnde Erfahrung der StudentInnen mit psychosozialer Gesprächsführung und die ihnen noch *fehlende therapeutische Qualifikation*. Regelformulierungen wie 'an den Begriffen, Hinweisen und Themen anknüpfen, die von den PatientInnen eingeführt worden sind', haben die interaktive Weiterführung und Bearbeitung der Qualität des Erlebens der PatientInnen zum Ziel und sind als therapeutische Techniken zu bewerten, deren Einsatz weitere therapeutische sprachliche Handlungen nach sich zieht. Auf diese Konsequenz wird im Konzept selbst nicht eingegangen. Es ist anzunehmen, daß diese fehlende Problematisierung gerade bei noch wenig erfahrenen StudentInnen und ÄrztInnen zur Annahme relativ einfacher kommunikativer Wechselwirkungen führt, die sich in der Praxis jedoch als interaktiv schwer oder kaum zu bewältigende Interaktionsprozesse erweisen.

In den Student-Patienten-Gesprächen führt dies dazu, daß Interaktionsprozesse wie z.B. weiterführende erlebensrelevante Darstellungen über den Einsatz der entsprechenden Regelformulierungen zwar eingeleitet werden, vor der anschließend notwendigen, vertiefenden Bearbeitung durch Dethematisierungen und thematische Wechsel aber abgebrochen werden, da den StudentInnen für die Bewältigung der vertiefenden Prozessierung kein geeignetes, weiteres sprachliches Verhaltensrepertoire zur Verfügung steht.

Der dritte Grund für die mit den Regelformulierungen auftretenden Kommunikationsprobleme liegt im Vorhandensein der Regelformulierungen selbst. Diese Regelformulierungen sind vom Konzept her als idealisierte, prototypische Gestaltungsvarianten einzelner Gesprächsschritte zu betrachten, die lediglich als "innerer Leitfaden" (Morgan/ Engel (1977) dienen sollen. In der insgesamt schwer zu bewältigenden Gesprächssituation werden diese Prototypen von den StudentInnen zur Weiterführung des Gesprächs *präskriptiv* ("so und nicht anders") eingesetzt. Damit erhalten die Regelformulierungen die Qualität eines zu befolgenden Ablaufschemas, ähnlich wie die Schritte im Ablaufschema eines herkömmlichen Anamnesegesprächs, wodurch ein Prozeß der Fragmentierung der Patienten-Äußerungen durchgeführt wird, der ins vordergründig Psychosoziale verschoben ist.

Dazu möchte ich zwei Beispiele anführen: Über den Einsatz der Regelformulierungen wie "*Der Arzt erkundigt sich genau nach den einzelnen Familienmitgliedern, zuerst nach den schon erwähnten.*" oder "*Der Arzt erforscht die jetzigen Lebensumstände und die frühere Entwicklung des Patienten.*" initiieren die StudentInnen für die PatientInnen vom Gesprächsverlauf her nicht nachvollziehbare Themenwechsel in als psychosozial definierte Bereiche wie eben Familie, momentane und frühere Lebensumstände und Berufstätigkeit. So erheben die StudentInnen in aktiver, den Gesprächsverlauf inhaltlich bestimmender Weise, "umfassende" psychosoziale Daten über die PatientInnen, wodurch aber der innere Zusammenhang zu den Patienten-Darstellungen verloren geht.

Die Regelformulierung *"Der Arzt versucht, die Ansichten des Patienten über Entstehen, Art, gegenwärtige und zukünftige Auswirkungen der Krankheit zu erfahren"* wird von den StudentInnen in Form einer expliziten Frage nach möglichen krankheitsrelevanten Erlebenszusammenhängen realisiert und häufig in einer sehr frühen Gesprächsphase als Mittel der Gesprächsweiterführung eingesetzt, z.B. im direkten Anschluß an den Beschwerdenbericht. Damit erhält der Einsatz dieser Regelformulierung die Funktion, das vertiefende Eingehen auf die Patienten-Darstellungen und die gemeinsame Erarbeitung zugrundeliegender Bedeutungen, aus denen mögliche krankheitsrelevante Zusammenhänge erschlossen werden können, zu ersetzen. Zudem entspricht dies einer direkten Konfrontation mit dem eigentlichen Gesprächsziel, die für die PatientInnen den Prüfungscharakter der Gesprächssituation verstärkt, zu Rechtfertigungshandlungen führt und weitere erlebensrelevante Darstellungen verhindert.

Der vierte und letzte Grund liegt in der, den StudentInnen noch mangelnden *Sensibilisierung* und Bewußtwerdung von kommunikativen Mikroprozessen: die den vorhandenen Regelformulierungen zugrundeliegenden Intentionen werden von den StudentInnen durch unspezifische, verkürzte oder nur oberflächlich ähnliche Realisierungen verändert oder gehen überhaupt verloren. Dies betrifft vor allem die einleitende und abschließende Erzählaufforderung.

Bei der Regelformulierung der einleitenden Erzählaufforderung *"Erzählen Sie mir, was Sie ins Spital geführt hat"* führen unspezifische oder verkürzte Realisierungsvarianten dazu, daß Teile der für die PatientInnen notwendigen gesprächsorganisatorischen Informationen, wie und worüber erzählt werden soll, verloren gehen. Diese müssen von den PatientInnen entweder selbst nachträglich eingeholt werden oder bleiben als Informationsdefizit das gesamte Gespräch hindurch aufrecht. In beiden Fällen wird die erwartete Durchführung einer ausführlichen Beschwerdendarstellung der PatientInnen behindert. Bei dieser Regelformulierung kommt hinzu, daß die Information für die PatientInnen, daß es um die Darstellung des Beschwerdenverlaufs gehen soll, nur indirekt enthalten ist und aufgrund dieser Indirektheit in den Realisierungsvarianten der StudentInnen besonders leicht verloren geht. Daher hat sich diese Regelformulierung als prototypischer Verhaltensvorschlag für Lernende als *nicht geeignet* herausgestellt.

Vergleichbares gilt für die abschließende Erzählaufforderung *"Gibt es noch irgend etwas anderes, worüber sie sprechen möchten?"*. Deren Einsatz hat sich in der speziellen Gesprächssituation der Anamnesegruppe als besonders problematisch erwiesen: unspezifische Realisierungen werden von den PatientInnen als indirekte, negative Bewertungen ihres Gesprächsverhaltens interpretiert und lösen Rechtfertigungshandlungen der PatientInnen aus. Angemessene Realisierungsvarianten initiieren zwar weitere, noch unbesprochene Erlebensdarstellungen, ziehen damit aber, wie alle psychosozialen Regelformulierungen, weitere professionelle therapeutische sprachliche Handlungen der Prozessierung und Bearbeitung dieser Darstellungen nach sich. Zudem leiten sie häufig weitere Gesprächsrunden ein, was zu überlangen Gesprächen ohne qualitative Verbesserungen führt.

Diese Ergebnisse machen erstens deutlich, daß die Regelformulierungen des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung nur bedingt auf den Diskurstyp "psychosoziales Anamnesegespräch in der Anamnesegruppe" übertragen werden können und daß zweitens im Rahmen der Gesprächsausbildung eine Sensibilisierung für die interaktiven Prozesse erworben werden muß, die von den Regelformulierungen selbst wie von den unterschiedlichen Realisierungsvarianten ausgelöst werden (können).

## 10.2. Konsequenzen für diskursanalytische Gesprächstrainingsprogramme

Im folgenden möchte ich auf die Konsequenzen eingehen, die aus den allgemeinen Überlegungen zur medizinischen Kommunikation und den speziellen Analyseergebnissen für eine diskursanalytisch fundierte Gesprächsausbildung für MedizinstudentInnen und ÄrztInnen gezogen werden müssen.

### 10.2.1. Inhaltliche Änderungen

In diskursanalytisch fundierten Kommunikationstrainings für MedizinerInnen geht es zum einen natürlich um die *Vermittlung von Wissen über Sprache und die kommunikative Funktion von sprachlichen Handlungen* - entsprechend den Ergebnissen der bisherigen Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation, also z.B. zu Informationen zu den verschiedenen Arten des Fragens, zu Unterbrechungen, zur Verwendung von Fachvokabular und zur Gestaltung verständlicher bzw. patientengerechter Information, zu diskursiven Mustern wie z.B. Erzählungen von PatientInnen sowie zur Gestaltung von Beziehung über sprachliches Handeln.

Zum anderen geht es auch darum, die vielfältigen *Bedingungen des ärztlichen Diskurses* im Training selbst transparent und bewußt zu machen und deren potentielle Auswirkungen auf das Gesprächsverhalten der PatientInnen und der ÄrztInnen bzw. StudentInnen zu reflektieren. Was die spezifischen Bedingungen der studentischen Anamnesegruppe betrifft, so handelt es sich hier um

- die sozialisatorischen Mechanismen der *medizinischen Ausbildung* und der ersten Erfahrungen mit der beruflichen Praxis und deren Einfluß auf das Gesprächsverhalten der StudentInnen,
- den sozialisatorischen Einfluß des *herkömmlichen medizinischen Diskurses* auf das Gesprächsverhalten und die Erwartungen der PatientInnen,
- die *konzeptuellen Merkmale der Lehrveranstaltung*, wie künstlich aus dem Stationsalltag herausgelöste und einmalig stattfindende Gesprächssituationen mit latentem Prüfungscharakter für PatientInnen wie StudentInnen,

- die damit zusammenhängenden *unterschiedlichen Bedürfnisse* von PatientInnen und StudentInnen an das Gespräch (Entlastungsfunktion vs. Ausbildungsfunktion),
- die ebenfalls damit zusammenhängenden *unterschiedlichen Gesprächsziele* (ergebnisorientiert vs. prozeßorientiert) und deren mögliche Kollision,
- den *therapeutischen Charakter* des psychosozialen Gesprächs
- sowie um die *bedingte Übertragbarkeit* des Konzepts zur psychosozialen Gesprächsführung und die Abstraktheit der vorhandenen Regelformulierungen.

Erst zusammen mit diesem Reflexionsprozeß wird es den TrainingsteilnehmerInnen möglich, sich über den Erwerb von einzelnen Wissensbereichen und Gesprächstechniken hinaus eine generelle Sensibilisierung für kommunikative Prozesse anzueignen und über die Erprobung von Alternativen eine differenziertes, situationsangemessenes sprachliches Verhaltensrepertoire zu erwerben.

Das Problem, das sich jedoch dabei stellt, ist folgendes: ebenso wie institutionelle Gegebenheiten ein bestimmtes sprachliches Verhalten bedingen, bedingt bzw. benötigt die Veränderung sprachlichen Verhaltens die Veränderung von institutionellen Gegebenheiten. Ein reflektierter Umgang mit Sprache, ein Lernen über die Institution bedingt eine Reflexion über die Institution, eine innere Auseinandersetzung mit dem Handeln, mit erworbenen Einstellungen, aber auch ein Bewußtwerden der Grenzen, die die realen Bedingungen den Möglichkeiten der Veränderung setzen. All das geht über eine Veränderung der sprachlichen Praxis im engen Sinn hinaus und ist mit ein Grund für die Schwierigkeiten einer *langfristig wirksamen Umsetzung* des im Training erworbenen Wissens in die Praxis wie auch für die Akzeptanz von Gesprächstrainings insgesamt.

Wie die Ergebnisse der Gesprächsanalysen zeigen, ist es schließlich auch unabdingbar, die *Zielvorstellungen jedes Trainingskonzeptes* einer Analyse zu unterziehen. So kann es in einer patientenzentrierten Gesprächsausbildung nicht Ziel sein, den StudentInnen eine Idealform eines in der Form nicht erlernbaren psychosozialen Anamnesegesprächs beizubringen. Ziel muß es vielmehr sein, den StudentInnen die Möglichkeit zu geben, eine patientenzentrierte Haltung zu erwerben und sie über die Sensibilisierung für kommunikative Prozesse mit angemessenen Techniken psychosozialer Gesprächsführung vertraut zu machen, so daß sie diese Haltung interaktiv umsetzen können und lernen, psychosozial relevant zu handeln. Dies hat den zusätzlichen Effekt, daß MedizinstudentInnen auch lernen, im späteren beruflichen Alltag auch unter den sehr restriktiven Bedingungen vieler Krankenhausstationen praxisrelevantes und reflektiertes patientenzentriertes ärztliches Handeln auszuüben.

Dies bedeutet natürlich, daß auch die spezifische Ausbildungs- und Trainingssituation selbst wieder einer *"institutionenkritischen" Analyse* unterzogen werden muß, um eventuelle konkurrierende und konfligierende Einflüsse und mögliche Kommunikationsstörungen sichtbar zu machen.

### *10.2.2. Konzeptuelle Änderungen*

Im Folgenden möchte ich zwei Modelle von diskursanalytisch fundierten Kommunikationstrainingsprogrammen skizzieren, und zwar ein postpromotionelles für ÄrztInnen und ein studiumbegleitendes für MedizinstudentInnen.

#### *10.2.2.1. Postpromotionelle medizinische Gesprächsausbildung*

Hierbei handelt es sich um ein herkömmliches Kommunikationstrainingsprogramm für ÄrztInnen, in dem es darum geht, für das Problem "ärztliches Gespräch" zu sensibilisieren (vgl. Kap. 3.2.2.). Da sich gezeigt hat, daß eine begleitende, mehrphasige Schulung der Durchführung einmaliger Veranstaltungen vorzuziehen ist, sind die Trainingseinheiten intervallartig aufgebaut. In den Trainingseinheiten der ersten Phase wird primär Fertigkeitwissen vermittelt, d.h., zu einzelnen relevanten Gesprächsabschnitten, wie Gesprächsbeginn, Beschwerdenexploration oder Information zu den verschriebenen Medikamenten werden die entsprechenden diskursanalytischen Forschungsergebnisse präsentiert. Damit werden einzelne Interaktionsprobleme erstens identifizierbar, und zweitens werden Lösungen in unterschiedlichen Varianten demonstriert und so verfügbar gemacht. In den Trainingseinheiten der zweiten Phase werden zunehmend sensibilisierende Maßnahmen möglich, da die ÄrztInnen zwischenzeitlich im beruflichen Alltag ihre Wahrnehmung schulen können und Probleme oder im Idealfall auch Tonbandmaterial aus der eigenen beruflichen Praxis besprechen können. Der intervallartige Aufbau ermöglicht es, das Bedürfnis der ÄrztInnen nach dem Erwerb einzelner Gesprächstechniken mit der Notwendigkeit einer grundlegenden Sensibilisierung für kommunikative Prozesse zu verbinden.

Im Rahmen solcher Trainings ist es - entsprechend der oben gestellten Forderungen - möglich, einzelne Trainingseinheiten speziell der Bewußtmachung und Reflexion der institutionellen und sozialisatorischen Rahmenbedingungen ärztlicher Gespräche zu widmen.

#### *10.2.2.2. Studiumsbegleitende medizinische Gesprächsausbildung*

So wichtig und sinnvoll die Gesprächsausbildung von ÄrztInnen im Rahmen der postpromotionellen Fortbildung ist, erscheint es als langfristige Perspektive jedoch notwendig, "früher" anzusetzen und eine Form der diskursanalytisch fundierten Gesprächsschulung zu einem fixen Bestandteil der Ausbildung von MedizinstudentInnen zu machen. Denn der Grundstein für die oben genannten Problemstellen und kommunikativen Defizite des ärztlichen Gesprächsverhaltens wird - wie oben ausgeführt - schon im Medizinstudium gelegt.

Eine Möglichkeit wäre, den Modellversuch "Anamnesegruppe" entsprechend den Untersuchungsergebnissen konzeptuell zu verändern und obligatorisch in Famulatur oder Spitalspraxis von MedizinstudentInnen einzubinden.

*Das erste Modell* für solch eine konzeptuelle Umgestaltung der Lehrveranstaltung "Anamnesegruppe" bezieht sich auf die Bewältigung des Problems der mangelnden Erfahrung der StudentInnen mit psychosozialer Gesprächsführung und der Verantwortung für die PatientInnen: Die mehrsemestrige Lehrveranstaltung wird in aufeinander aufbauende Phasen gegliedert. In der Anfangsphase erfolgt das Üben ausschließlich in Form von Rollenspielen. Dies ermöglicht es den StudentInnen, in einer von den Anforderungen und Einflußfaktoren her entlasteten Form erste Grundkenntnisse und praktische Erfahrungen mit der Führung von Gesprächen zu erwerben und eine Phase der Sensibilisierung für kommunikative Prozesse zu durchlaufen, ohne daß PatientInnen dabei unbewältigbaren Gesprächssituationen ausgesetzt und massiv überfordert werden. Gespräche mit "echten" PatientInnen finden erst in den darauf aufbauenden Schulungsphasen statt.

*Das zweite Modell* ermöglicht es, die Lehrveranstaltung den Bedingungen der psychosozialen Medizin stärker anzunähern. Das an sich zweiphasige Konzept dieses Modellversuchs, also Patienten-Gespräch und anschließendes Gruppengespräch, wird zeitlich und örtlich getrennt. Dies könnte so aussehen, daß die StudentInnen auf den Stationen einen Patienten/eine Patientin während dessen/deren Krankenhausaufenthalt über mehrere Gespräche begleiten (die jeweils mit Tonband aufgenommen werden). Parallel dazu finden in regelmäßigen Abständen supervidierte Kleingruppen, eventuell in der Art von Balint-Gruppen statt, mit der Funktion, diese Gespräche und die sich entwickelnde Beziehung zum Patienten/zur Patientin über Rollenspiele und Gruppengespräche durchzuarbeiten. Begleitet wird dies durch Trainingseinheiten aus einem herkömmlichen diskursanalytischen Kommunikationstrainingsprogramm, mit dem Ziel der diskursanalytischen Wissensvermittlung und Reflexion. Dieses Konzept hat den Vorteil, daß nicht ein lediglich einmal stattfindendes Gespräch inhaltlich überfrachtet werden muß, daß Reflexionsschritte zwischengeschaltet werden können und die StudentInnen sich in mehreren Gesprächen mit dem jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin und in der sich entwickelnden Beziehung verändert erfahren können. Dies bedeutet natürlich einen beträchtlichen Mehraufwand für die StudentInnen und benötigt die Entwicklung geeigneter Formen der Supervision und begleitender Forschung sowie eine entsprechende Bereitschaft der Institution.

Die Einbindung einer, das Medizinstudium bzw. spezielle Ausbildungsschritte begleitenden Gesprächsschulung in die Ausbildung von MedizinstudentInnen bietet die Möglichkeit, vielfältige Gesprächserfahrungen zu sammeln, Alternativen zu erproben und sich eine umfassende Sensibilität für kommunikative Prozesse anzueignen. Da durch eine obligatorische Einbindung eines solchen Gesprächstrainingsprogrammes in das Studium das ärztliche Gespräch in seinem Stellenwert als genuine ärztliche Tätigkeit adäquat repräsentiert würde, ist anzunehmen, daß sich auch die Einstellung der angehenden ÄrztInnen gegenüber dem Stellenwert des

ärztlichen Gesprächs positiv verändern kann, was langfristig auch zu einer erhöhten Sensibilität der angehenden Ärzte und Ärztinnen gegenüber den institutionellen Bedingungen führen muß.

## **11. Ausblick**

Obwohl die Konfrontation mit individuellem Leid einen Großteil des ärztlichen Berufsalltags ausmacht, können MedizinstudentInnen und ÄrztInnen im Rahmen der herkömmlichen, technik- und krankheitsorientierten Ausbildung und beruflichen Praxis keine angemessenen Umgangsformen mit individueller Bedeutung von Leid und Krankheit und affektiver Befindlichkeit der PatientInnen und mit den eigenen Gefühlen erwerben. Als Konsequenz ergibt sich die systematische Ausblendung dieser Bereiche aus den Gesprächen mit den PatientInnen und der Behandlung sowie die Entwicklung einer zynischen Grundhaltung gegenüber Leiden und der eigenen Betroffenheit.

Eine patientenzentrierte Grundhaltung ärztlichen Handelns ermöglicht eine (Re)-Integration und sinnvolle Bewältigung der individuellen und affektiven Komponenten von Krankheit und deren Behandlung. Die Grundlagen dafür sind der Erwerb entsprechender kommunikativer Fähigkeiten, um diese Haltung in den Gesprächen mit den PatientInnen auch umsetzen zu können, sowie das Vorhandensein geeigneter Möglichkeiten der berufsbegleitenden Supervision, da die Umsetzung dieser Haltung im Kontakt mit den PatientInnen eine ständige Herausforderung an die Persönlichkeit des Arztes/der Ärztin bedeutet.

Die Anforderungen und die damit auftretenden Probleme und Schwierigkeiten, die diese Herausforderung an das sprachliche Handeln von ÄrztInnen stellt, wurden in dieser Studie ausführlich dargestellt und diskutiert, auch Modelle einer verbesserten Gesprächsschulung wurden entwickelt.

Der nächste notwendige Schritt ist die Implementierung prinzipieller Anteile einer patientenzentrierten Grundhaltung ärztlichen Handelns und eines psychosozial orientierten Verständnisses von Gesundheit und Krankheit in das bestehende "krankheitsverwaltende" System von Ausbildung und beruflicher Praxis. Die Definition und Etablierung des ärztlichen Gesprächs als eigenständige, der Diagnoseerstellung und Behandlung vergleichbare, ärztliche Tätigkeit ist eine gleichermaßen schwierige wie, wenn überhaupt, nur langfristig zu bewältigende Aufgabe. Eine studiumsbegleitende Gesprächsschulung ist ein wichtiger Teil davon.

Dieser Weg ist jedoch die einzige Möglichkeit, den immer stärker geforderten und gewünschten 'heilenden Kontakt' zwischen ÄrztInnen und PatientInnen auch tatsächlich zu ermöglichen, ohne daß die ÄrztInnen und MedizinstudentInnen bei ihren anfänglichen Versuchen von der eigenen Betroffenheit und dem Widerstand der Institution überrollt werden und damit schließlich in ihrem Bedürfnis, MIT den PatientInnen zu sprechen, gemeinsam mit diesen 'auf der Strecke' bleiben.

## 12. Literaturverzeichnis

- Adler, R. 1990. Anamneseerhebung. In: Adler, R. et al. (Hrsg.). 212-220.
- Adler, R./Herrmann, J.M./Köhle, K./Schoenecke, O.W./Uexküll, Th.v./Wesiak, W. (Hrsg.). 1990. Uexküll. Psychosomatische Medizin. 4., Neubearb.u.erw.Aufl. Urban & Schwarzenberg: München-Wien-Baltimore.
- Agar, M. 1985. Institutional Discourse. In: Text 5(3)(1985). 147-168.
- Antonovsky, A. 1987. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco.
- Argelander, H. 1989. Das Erstinterview in der Psychotherapie. 4.Aufl. Wiss. Buchgesellschaft: Darmstadt.
- Atkinson, J.M./Heritage, J. (eds.) 1984. Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge University Press
- Auwärter, M./Kirsch, E./Schröter, K. (Hrsg.) 1976. Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität. Suhrkamp: Frankfurt/M.
- Balint, M. 1964 (dt. 1991). Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Balint, M./Balint, E. 1962. Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Huber: Bern.
- Basler, H.-D. et al. 1978. Medizinische Psychologie II. Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin. Kohlhammer: Stuttgart.
- Bauriedel, T. 1991. Veränderungsprozesse in Balint-Gruppen. In: Pühl, H./Schmidbauer, W. (Hrsg.) 1991. 102-116.
- Becker, A. 1975. Psychoanalyse. In: Strotzka, H. (Hrsg.). 147-212.
- Becker, K. 1984. Problempräsentation im Erstinterview. Untersuchungen zur Funktion sprachlicher Handlungen im psychoanalytischen Gespräch. In: Cherubim, D./Henne, H./Rehbock, H. (Hrsg.). 196-216.
- Becker-Mrotzek, M. 1990/1991. Kommunikation und Sprache in Institutionen. Ein Forschungsbericht zur Analyse institutioneller Kommunikation. In: Deutsche Sprache, 1990, H.2. 158-190; H.3. 241-259; 1991.H.3. 270-288.
- Becker-Mrotzek, M. 1991. Professionelles Sprechhandeln in Institutionen. In: L.A.U.D./Series E: Speech Communication/No.1 (1991). 1-50.
- Becker-Mrotzek, M./Brünner, G. 1992. Angewandte Gesprächsforschung: Ziele - Methoden - Probleme. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (eds.) 1992. 12-23.
- Begemann, D. (Hrsg.) 1976. Der Patient im Krankenhaus. München.
- Begemann, H./Voswinckel, P. (Hrsg.) 1988. Identifikationen. Arzt und Patient unter Erfolgszwang. Urban & Schwarzenberg: München.
- Behrend, S./Gülich, E./Kastner, M. 1992. Gesprächsanalyse im Kontext der Telefonseelsorge. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. 102-117.
- Bergmann, J.R. 1981. Frage und Frageparaphrase: Aspekte der redezuginternen und sequenziellen Organisation eines Äußerungsformats. In: Winkler, P.

- (Hrsg.) Methoden der Analyse von Face-to-Face-Situationen. Metzler: Stuttgart. 128-142.
- Bittner, U. 1981. Ein Klient wird "gemacht". Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Struktur von Erstgesprächen in einer Erziehungsberatungsstelle. In: v.Kardoff, E./Koenen, E. (Hrsg.). 103-137.
- Bliesener, T. 1980. Erzählen unerwünscht. Erzählversuche von Patienten in der Visite. In: Ehlich, K. (Hrsg.). 143-178.
- Bliesener, T. 1982a. Die Visite - ein verhinderter Dialog. Narr: Tübingen.
- Bliesener, T. 1982b. Konfliktaustragung in einer schwierigen "therapeutischen Visite". In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 249-268.
- Bliesener, T. 1990. Ausbildung von Aids-Beratern mit Telefonsimulationen und Gesprächsanalysen. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 256-275.
- Bliesener, T. 1992. Ausbildung und Supervision von Aids-Beratern. Weiterentwicklung eines Modells zur Anwendung von Telefonsimulation und Gesprächsanalyse. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. 126-143.
- Bliesener, T./Brons-Albert, R. (Hrsg.) 1994. Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Bliesener, T./Köhle, K. 1986. Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. Polity Press: Oxford.
- Bourdieu, P. 1970 (dt. 1974). Zur Soziologie der symbolischen Formen. Suhrkamp: FaM.
- Bourdieu, P. et al. 1981. Titel und Stelle. Über die Reproduktion sozialer Macht. Europäische Verlagsanstalt: FaM.
- Brinker, K./Sager, S. 1989. Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Erich Schmidt: Berlin.
- Brons-Albert, R. 1991. Deskription und Präskription in Gesprächsführungskursen und die Frage der impliziten Normen. Diskussionspapier im Arbeitskreis für Angewandte Gesprächsforschung, Eichstätt, 15./16.11.1991. Ms.
- Brucks, U./Salisch, E./Wahl, W.B. 1984. Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten - unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten (Abschlußbericht): Univ. Hamburg, Psychol. Inst.
- Burkhardt A. 1984. Die Funktion von Abtönungspartikeln in den Eröffnungsphasen fiktionaler und natürlicher Dialoge. In: Cherubim, D./Henne, H./Rehbock, H. (Hrsg.). 1984. Gespräche zwischen Alltag und Literatur. Beiträge zur germanistischen Gesprächsforschung. Niemeyer: Tübingen. 64-93.
- Cicourel, A. 1981. Language and medicine. In: Ferguson, Ch.A./Heath, S.B. (eds.). 1981. Language in the USA. Cambridge Univ. Press: Cambridge. 407-429.
- Cicourel, A. 1985. Doctor-Patient-Discourse. In: T.v.Dijk (ed.) Handbook of Discourse Analysis. vol 4(1985). Academic Press: London. 193-202.
- Coleman, H. (ed.) 1989. Working with language. A multidisciplinary consideration of language use in work contexts. de Gruyter: N.Y.

- Coulthard, M./Montgomery, M. (eds.) 1981. *Studies in Discourse Analysis*. London: Routledge & Keegan Paul.
- Coupland, N./Giles, H./Wiemann, J.M. (eds.) 1991. "Miscommunication" and Problematic Talk. Sage: London.
- Detering, K./Schmidt-Radefeldt, J./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1982. *Sprache erkennen und verstehen*. Akten des 16. Ling. Koll./Bd.2. Niemeyer: Tübingen.
- Deusch, E./Spiess, K./Widowitz, E./Lalouschek, J. 1989. *Medizinisches Fachtutorium - Anamnesegruppe*. Forschungsbericht: Wien.
- Dieckmann, W./Paul, I. 1983. "Aushandeln" als Konzept der Konversationsanalyse. Eine wort- und begriffsgeschichtliche Analyse. In: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 1983/2. 169-196.
- Dittmann, J. (Hrsg.) 1979. *Arbeiten zur Konversationsanalyse*. Linguistische Arbeiten 75. Niemeyer: Tübingen.
- Dittmar, N. (Hrsg.) 1988. *Sprache und Therapie*. Linguistische Berichte 113/1988 (Themenheft).
- Dressler, W.U./Wodak, R. (Hrsg.) 1989. *Fachsprache und Kommunikation*. Experten im sprachlichen Umgang mit Laien. Österr. Bundesverlag: Wien.
- Eibl-Eibesfeldt, I. 1980. *Grundriß der vergleichenden Verhaltensforschung*. 6., erg. Aufl. Piper: München.
- Ehlich, K. 1982. "Quantitativ" oder "qualitativ"? Bemerkungen zur Methodologiediskussion in der Diskursanalyse. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 298-312.
- Ehlich, K. 1986. *Interjektionen*. Niemeyer: Tübingen.
- Ehlich, K. 1990. Zur Struktur der psychoanalytischen "Deutung". In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 210-227.
- Ehlich, K./Rehbein, J. 1976. *Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT)*. Linguistische Berichte. 21-41.
- Ehlich, K./Rehbein, J. 1986. *Muster und Institution*. Untersuchungen zur schulischen Kommunikation. Narr: Tübingen.
- Ehlich, K. (Hrsg.) 1980. *Erzählen im Alltag*. Suhrkamp: Frankfurt/M.
- Ehlich, K. et al. (Hrsg.) 1990. *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Diskursanalytische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Ehlich, K. (Hrsg.) 1994. *Diskursanalyse in Europa*. Peter Lang: Bern.
- Engel, G.L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 196: 129-136.
- Faber, F./Haarstrick, R. 1989. *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. Jungjohann: München.
- Fairclough, N.L. 1985. Critical and descriptive goals in discourse analysis. In: *Journal of Pragmatics* 1985. 739-763.
- Fehlenberg, D. 1983. Die empirische Analyse der Visitenkommunikation: Institutionskritik und Ansätze für eine reflektierte Veränderung institutioneller Praxis. In: *OBST* 24(1983). 29-56.
- Fehlenberg, D./Simons, C./Köhle, K. 1982. Ansätze zur quantitativen Untersuchung ärztlicher Interventionen im Visitingespräch. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 232-248.

- Fehlenberg, D./Simons, C./Köhle, K. 1990. Die Krankenvsiste - Probleme der traditionellen Stationsarztvsiste und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: Adler, R. et al. (Hrsg.) 1990. 265-285.
- Fiehler, R. 1990a. Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. de Gruyter: Berlin.
- Fiehler, R. 1990b. Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 41-65.
- Fiehler, R. 1991. Implizite und explizite Normen in Kommunikationstrainings. Diskussionspapier im Arbeitskreis für Angewandte Gesprächsforschung, Eichstätt, 15./16.11.1991. Ms.
- Fiehler, R./Sucharowski, W. 1992. Diskursforschung und Modelle von Kommunikationstraining. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. 24-35.
- Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Anwendungsfelder der Diskursforschung. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Finke, J./Teusch, L. (Hrsg.) 1991. Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis. Asanger Verlag: Heidelberg.
- Fisher, S. 1983. Doctor talk/patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. In: S. Fisher & A.D. Todd (eds.). *The Social Organisation of Doctor-Patient-Communication*. Washington, D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Fisher, S. 1984. Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes*, 7, 201-224.
- Fisher, S. 1991. A discourse of the social: medical talk/power talk/oppositional talk? *Discourse & Society*, vol 2, No 2, 157-182.
- Fisher, S./Todd, A.D. (eds.) 1983. *The Social Organisation of Doctor-Patient-Communication*. Washington, D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Flader, D./Giesecke, M. 1980. Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich, K. (Hrsg.). 209-262.
- Flader, D./Grodzicki, W.-D. 1982. Die psychoanalytische Deutung - eine diskursanalytische Fallstudie. In: Flader, D./Grodzicki, W.-D./Schröter, K. (Hrsg.). 1982. *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Suhrkamp: Frankfurt/M. 138-193.
- Frankel, R. 1984. Physicians and patients in social interaction: medical encounters as a discourse process. *Discourse Processes*, 7, 103-105.
- Freeman, S.H. 1987. Verbal communication in medical encounters: An overview of recent work. *Text*, vol 7(1)(1987). 3-18.
- Freud, S. 1969 (1926). *Darstellungen der Psychoanalyse*. S. Fischer: Frankfurt/M.
- Freudenberger, H.J. 1981. *Burn Out*. Bantam: Toronto.
- Gaus, E./Köhle, K. 1982. Ängste des Patienten - Ängste des Arztes. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 269-286.

- Geyer, M. 1985. Das ärztliche Gespräch. Allgemein-psychotherapeutische Strategien und Techniken. Verlag Volk und Gesundheit: Berlin.
- Girth, E./Drexler, M./Weiler, T./Zieger, A./Breddemann, J. 1979. Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit - eine empirische Untersuchung (1970-77). In: Jahrbuch für kritische Medizin 4/1979. 72-85.
- Goffman, E. 1977. Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Suhrkamp: Frankfurt/M.
- Gumperz, J.J. 1982. Discourse Strategies. Cambridge: Cambridge University Press.
- Haberland, H./Mey, J. (eds.) 1981. Wording and warding. Journal of Pragmatics 5(2/3) (1981)(special issue).
- Heim, E. 1980. Krankheit als Krise und Chance. Kreuz-Verlag: Berlin.
- Heim, E./Willi, J. 1986. Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd.2. Klinik und Praxis. Springer Verlag: Berlin.
- Hein, N. 1986. Gespräche beim praktischen Arzt. Diplomarbeit Univ. Wien.
- Hein, N./Wodak, R. 1987. Medical interviews in internal medicine: Some results of an empirical investigation. Text, vol. 7(1)(1987). 37-66.
- Hein, N./Lalouschek, J./Wodak, R. 1984. Projekt "Arzt-Patient-Kommunikation". Unveröffentlichter Forschungszwischenbericht. Ms.
- Hein, N./Hoffmann-Richter, U./Lalouschek, J./Nowak, P./Wodak, R. 1985. Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Wiener Linguistische Gazette, Beiheft 4.
- Helmich, P. et a. 1991. Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Springer-Verlag: Heidelberg.
- Hilpert, H./Schwarz, R./Beese, F. (ed.) 1981. Psychotherapie in der Klinik. Von der therapeutischen Gemeinschaft zur stationären Psychotherapie. Springer: Heidelberg.
- Hoffmann-Richter, U. 1985. Der Knoten im roten Faden. Eine Untersuchung zur Verständigung von Arzt und Patient in der Visite. Peter Lang: Bern.
- Horn, K. 1974. Das Psychoanalytische als Teil eines sozialwissenschaftlichen Krankheitskonzepts. In: Muck, M. et al. (Hrsg.). 137-175.
- Jandl-Jager, E./Stumm, G. (Hrsg.) 1988. Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie. Deuticke: Wien.
- Jork, K./Schüffel, W. (Hrsg.) 1987. Ärztliche Erkenntnis - Entscheidungsfindung mit Patienten. Springer: Heidelberg.
- Kallmeyer, W. 1978. Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Herrmann, R. (Hrsg.). 191-242.
- Kallmeyer, W. (Hrsg.) 1986. Kommunikationstypologie. Handlungsmuster, Textsorten, Situationstypen. Jahrbuch 1985 d. Inst. f. dt. Sprache. Schwann: Düsseldorf.
- v.Kardorff, E./Koenen, E. (Hrsg.) 1981. Psyche in schlechter Gesellschaft. Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit. Urban & Schwarzenberg: München.

- Keseling, G. 1983. Beobachtungen zur Syntax, Lexik und zum Erzählverhalten in zwei psychoanalytischen Erstinterviews. In: Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.). 43-98.
- Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.) 1983. Latente Gesprächsstrukturen. Untersuchungen zum Problem der Verständigung in Psychotherapie und Pädagogik. Beltz: Weinheim.
- Kichler, K./Lalouschek, J./Menz, F. 1983. "Einen Satz! Einen Satz - weil wir überziehn eigentlich schon unsre Sendezeit." Überlegungen zum Sprachverhalten von Diskussionsleitern. Wiener Linguistische Gazette 31-32. 15-36.
- Klann, G. 1979. Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstrukturierung. In: Wodak-Leodolter, R./Flader, D. (Hrsg.). 117-155.
- Klüwer, R. 1974. Die Zielsetzung der Psychoanalyse und einiger anderer psychotherapeutischer Verfahren. In: Muck, M. et al. (Hrsg.). 64-77.
- Koerfer, A./Neumann, C. 1982. Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einen 'ungewohnten' Diskurstyp. In: Flader, D./Grodzicki, W.-D./Schröter, K. (Hrsg.). 96-137.
- Köhle, K./Joraschky, P. 1990. Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Adler, R. et al. (Hrsg.). 1990. 415-460.
- Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.) 1982. Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. Urban & Schwarzenberg: München.
- Krappmann, L. 1972. Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Krug, R./Köhle, K. 1982. Der Gebrauch von Personalpronomina als Indikator für Beziehungskonstellationen in Visitengesprächen. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 178-195.
- Labov, W./Fanshel, S. 1977. Therapeutic Discourse. New York.
- Lalouschek, J. 1985. "Streit's nur schön!" - Sprachliche Formen der Beziehungsgestaltung in Fernsehdiskussionen. (Club 2). Diplomarbeit Universität Wien.
- Lalouschek, J. 1989. Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gesprächs. Eine linguistische Analyse der Gespräche zwischen MedizinstudentInnen und Kranken in einem Anamnesegruppen-Fachtutorium. In: Deusch, E. et al. 1989. Medizinisches Fachtutorium - Anamnesegruppe. Forschungsbericht: Wien. 84-131.
- Lalouschek, J. 1990. Alltag in der Ambulanz - oder die organisierte Verhinderung des ärztlichen Gesprächs. In: Klagenfurter Beiträge zur Sprachwissenschaft 15/16. 233-249.
- Lalouschek, J. 1992. Explizite und implizite Normen in der Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen. Diskussionspapier im Arbeitskreis für Angewandte Gesprächsforschung, Münster, 15./16.5.1992. Ms.
- Lalouschek, J. 1993a. "I bin wegn einer colitis ulcerosa hier." oder wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en miteinander sprechen lernen. Wiener Linguistische Gazette 47/1993. 28-54.
- Lalouschek, J. 1993b. "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.). 195-216.
- Lalouschek, J. 1994b. "Nur ganz normale Sachn." - Möglichkeiten und Probleme der Gesprächsausbildung von MedizinstudentInnen. In: A. Redder & I. Wiese (Hrsg.). 199-217.
- Lalouschek, J./Wodak, R. 1994c. Liebe, gnädige Frau ..." - Sprache und Sprechen mit Frauen/über Frauen. In: Angerer, M.L./Dorer, J. (Hrsg.). Gender und Medien. Studienbücher der Publizistik und Kommunikationswissenschaft. Bd. 9. Braumüller: Wien. 214-223.
- Lalouschek, J. 1995. "Des is nicht anfallsartig? Des is dauernd?" Wie Ärzte und Ärztinnen ärztliches Sprechen lernen. In: G. Bachleitner-Held (Hrsg.): Verbale Interaktion. Kovac Verlag (in Druck).
- Lalouschek, J./Kichler, K. 1987. Therapy Talk - Start, Begin and Outset. In: R. Wodak & P. van de Craen. (eds.) 1987. Neurotic and Psychotic Language Behaviour. Multilingual Matters: Clevedon. 125-138.
- Lalouschek, J./Menz, F. 1987. Das programmierte Chaos. Arzt-Patient-Gespräche in einer internistischen Ambulanz. In: Sprachreport 4, 1987.
- Lalouschek, J./Menz, F. 1988. "Jetzt geht's wieda los." Qualitative Methoden in der Soziolinguistik, dargestellt am Arzt-Patient-Gespräch. In: Diem-Wille, G. & Pechar, H. (Hrsg.) 1988. Qualitative Forschungsmethoden in den Sozialwissenschaften. Zeitschrift für Hochschuldidaktik, Sonderheft 12. 194-213.
- Lalouschek, J. /Menz, F. 1990. Ambulanzgespräche. Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzt/inn/en. In: K. Ehlich et al. (Hrsg.) 1990. Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Westdeutscher Verlag: Opladen. 12-26.
- Lalouschek, J./Nowak, P. 1988. "Aber es ist passiert ..." - Diskurse über Aids. In: Dür, W./Pelikan, J. (Hrsg.) 1988. "Aids - Analyse einer gesellschaftlichen Herausforderung". Wien. 401-432.
- Lalouschek, J./Nowak, P. 1989. Insider - Outsider: Die Kommunikationsbarrieren der medizinischen Fachsprache. In: Dressler, W.U./Wodak, R. (Hrsg.) 1989. 6-18.
- Lalouschek, J./Menz, F./Wodak, R. 1988. Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. Deutsche Sprache 2/1988. 167-191.
- Lalouschek, J./Menz, F./Wodak, R. 1990. Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Narr: Tübingen.
- Lamprecht, F. 1984. Die psychosomatische Konsultation - Anspruch und Wirklichkeit. In: Schüffel, W./Fassbender, C.F. (Hrsg.). 79-90.
- Laplanche, J./Pontalis, J.B. 1975. Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lenga, G./Gutwinski, J. 1979. Sprechstunden-Psychotherapie des Arztes. Die Ausbildung in Balint-Gruppen aus linguistischer Sicht. In: Wodak-Leodolter, R./Flader, D. (Hrsg.). 78-97.
- Leuzinger-Bohleber, M. (Hrsg.) 1985. Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag: Opladen.

- Levinson, S.C. 1983. *Pragmatics*. Cambridge University Press.
- Ley, P. 1977. *Psychological Studies of Doctor Patient Communication*. London: Pergamon Press.
- Löning, P. 1985. Probleme der Dialogsteuerung in Arzt-Patienten-Gesprächen. In: Löning, P./Sager, S.F. (Hrsg.). 105-126.
- Löning, P./Rehbein, J. (Hrsg.) 1993. *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. de Gruyter: Berlin.
- Löning, P./Sager, S.F. (Hrsg.) 1985. *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger Workshop*. Buske: Hamburg.
- Lorber, J./Farrell, S.A. (eds.) 1991. *The Social Construction of Gender*. Newbury House Publ.: Rowley, Mass.
- Löw-Beer, M. 1990. Unbewußte Konflikte und ihre Bewußtmachung im Kontext therapeutischer Kommunikation. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 158-172.
- Ludewig, K. 1987. Vom Stellenwert diagnostischer Maßnahmen im systemischen Verständnis von Therapie. In: Schiepek, G. (Hrsg.). 155-173.
- Maclean, J. 1989. Approaches to describing doctor-patient-interviews. In: Coleman, H. (ed.) 1989. 263-296.
- Main, T.F. 1981a. Das Krankenhaus - eine therapeutische Institution. In: Hilpert, H./Schwarz, R./Beese, F. (Hrsg.). 40-66.
- Main, T.F. 1981b. Das Leiden. In: Hilpert, H./Schwarz, R./Beese, F. (Hrsg.). 154-182.
- Maturana, H./Varela, F. 1987. *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. Scherz: Bern.
- Maynard, D.W. 1991. The Perspective-Display Series and the Delivery and Receipt of Diagnostic News. In: Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. 164-193.
- Meerwein, F. 1986. *Das ärztliche Gespräch*. Dritte, vollst. überarb. u. erw. Aufl. Huber: Bern.
- Menz, F. 1985. Leistungen der Linguistik für die Sprache in Institutionen: "Diagnostische" oder "therapeutische" Wissenschaft? In: *Aufrisse 1985/4*.
- Menz, F. 1989. Manipulation strategies in newspapers: a program for critical linguistics. In: Wodak, R. (ed.) 1989. 227-250.
- Menz, F. 1991. *Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt-Patient-Kommunikation*. Peter Lang: Bern.
- Menz, F./Nowak, P. 1992. Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. 79-86.
- Meyer-Hermann, R. (Hrsg.) 1978. *Sprechen-Handeln-Interaktion*. Niemeyer: Tübingen.
- Meyer-Hermann, R./Weingarten, R. 1982. Zur Interpretation und interaktiven Funktionen von Abschwächungen in Therapiegesprächen. In: Detering, K. et al. (Hrsg.). 242-252.
- Mika, B. 1983. "Es is' eben schwer mit den Fragen, die sie stellen!" Exemplarische Analyse eines Interviews. In: Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.). 265-294.

- Mishler, E.G. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Ablex: Norwood, NJ.
- Morgan, W.L./Engel, G.L. 1977. *Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte*. Huber: Bern.
- Morris, G.H. 1985. *The Remedial Episode as a Negotiation of Rules*. In: Street, R.L./Cappella, J.N. (eds.). 70-84.
- Muck, M. et al. (Hrsg.). 1974. *Informationen über Psychoanalyse*. Frankfurt/M.
- Nothdurft, W. 1984. *Ein Instrument zur Verlaufsanalyse von Sprechstundeninteraktionen*. In: Tewes, U. (Hrsg.). 109-113.
- Nowak, P. 1984. *Die Intervention des Therapeuten - eine vergleichende sprachwissenschaftliche Untersuchung von psychoanalytischer, klientenzentrierter und suggestiver Therapie*. Diplomarbeit Universität Wien.
- Nowak, P./Wimmer-Puchinger, B. 1990. *Die Umsetzung linguistischer Analyseergebnisse in ein Kommunikationstraining mit Ärzten - Ein Modellversuch*. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 137-142.
- Ochs, E./Schiefflin, B. 1989. *Language has a heart*. *Text* 9(1)(1989).7-25.
- Parsons, T. 1958. *Struktur und Funktion der modernen Medizin*. In: König, R./Tönnemann, M. (Hrsg.). 1958. *Probleme der Medizinsoziologie*. Opladen: Köln. 16-37.
- Pauli, H.G. 1990. *Sozialmedizinische und medizinsoziologische Aspekte zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Krankheit*. In: Adler, R. et al. (Hrsg.) 1990. 39-48.
- Pfeffer, R. 1980. *Konzepte psychoanalytisch orientierter Beratung*. *Psyche* 34. 1-23.
- Pfeiffer, W.M. 1991. *Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung*. In: Finke, J./Teusch, L. (Hrsg.). 25-44.
- Pomerantz, A. 1984. *Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes*. In: Atkinson, J.M./Heritage, J. (eds.). 57-101.
- Pomerantz, A./Mastriano, B./Halfond, M. 1987. *Students clinician's difficulties while conducting the summary diagnostic interview*. *Text*, vol. 7(1)(1987). 19-36.
- Pühl, H./Schmidbauer, W. (Hrsg.) 1991. *Supervision und Psychoanalyse. Selbstreflexion der helfenden Berufe*. Fischer: Frankfurt.
- Quasthoff, U. 1980. *Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags*. Narr: Tübingen.
- Quasthoff-Hartmann, U. 1982. *Frageaktivitäten von Patienten in Visitingesprächen. Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen*. In: Köhle, K./ Raspe, H.-H. (Hrsg.) 1982. 70-101.
- Quasthoff, U. 1990. *Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. Zum Verhältnis von "Alltag" und "Institution" am Beispiel der Verteilung des Rederechts in Arzt-Patient-Interaktionen*. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 66-81.

- Raspe, H.-H. 1983. *Information im Krankenhaus*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Redder, A. (Hrsg.) 1983. *Kommunikation in Institutionen*. OBST 24.
- Redder, A./Wiese, I. (Hrsg.) 1994. *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Rehbein, J. 1980. *Sequentielles Erzählen - Erzählstrukturen von Immigranten bei Sozialberatungen in England*. In: Ehlich, K. (Hrsg.). 64-108.
- Rehbein, J. 1984. *Beschreiben, Berichten und Erzählen*. In: Ehlich, K. (Hrsg.) 1984. *Erzählen in der Schule*. Narr: Tübingen. 67-127.
- Rehbein, J. 1986. *Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation*. In: *Curare* 9/86. 297-328.
- Rellecke, E.-M. 1985. *Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. Praktische Nutzenanwendung der Analyse ärztlicher Gespräche*. In: Löning, P./Sager, S.F. (Hrsg.). 39-84.
- Rellecke, E.-M. 1990. *Diskursanalyse und Psychotherapie*. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 182-187.
- Renschler, H. 1984. *Evaluation kommunikativer Fähigkeiten in der Ärztefortbildung*. In: Schüffel, W./Fassbender, C.F. (Hrsg.). 24-36.
- Richter, H.-E./Wirsching, M. (Hrsg.) 1991. *Neues Denken in der Psychosomatik*. Fischer: Frankfurt.
- Ringel, E./Rossmann, S. (Hrsg.) 1989. *Die Arzt-Patient-Beziehung. Ausgewählte Aspekte*. Maudrich: Wien.
- Ripke, T. 1991. *Konkrete Veränderungsmöglichkeiten der ärztlichen Gesprächsführung*. In: Finke, J./Teusch, L. (Hrsg.). 217-226.
- Rogers, C. 1973. *Die klientenzentrierte Gesprächstherapie*. Kindler: München.
- Rogers, C. 1987. *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. GwG-Verlag: Köln.
- Sachse, R. 1991. *Probleme und Potentiale in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung psychosomatischer Klienten*. In: Finke, J./Teusch, L. 197-216.
- Sachse, R./Maus, C. 1991. *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Sacks, H./Schegloff, E./Jefferson, G. 1974. *A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation*. In: *Language* 50. 696-735.
- Sager, S.F. 1984. *Ein Schichtmodell zur Dialoganalyse*. In: Tewes, U. (Hrsg.). 163-170.
- Sandig, B. 1990. *Gesprächsanalyse und Psychotherapie*. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 173-181.
- Schegloff, E.A. 1991. *Reflections on Talk and Social Structure*. In: Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. 44-70.
- Schegloff, E.A./Sacks, H. 1973. *Opening up closings*. In: *Semiotica* 8. 289-327.
- Schelsky, H. (Hrsg.) 1973. *Zur Theorie der Institution*. Bertelsmann: Düsseldorf.
- Schiepek, G. (Hrsg.) 1987. *Das Konzept der systemischen Diagnostik*. In: Schiepek, G. (Hrsg.). 13-46.

- Schiepek, G. (Hrsg.). 1987. Systeme erkennen Systeme. Individuelle, soziale und methodische Bedingungen systemischer Diagnostik. Psychologie Verlags Union: München-Weinheim.
- Schmidt-Knaebel, S. 1988. Zum Begriff des 'ärztlichen Deutens' im Rahmen einer diskursanalytischen Psychotherapieforschung. In: Deutsche Sprache 3/1988. 259-270.
- Schneller, T. et al. 1980. Medizinische Psychologie III. Die Integration psychologischer Konzepte in die Medizin. Kohlhammer: Stuttgart.
- Schraml, W. 1988. Das psychodiagnostische Gespräch. Fischer: Frankfurt/M.
- Schüffel, W. 1983. Sprechen mit Kranken. Erfahrungen studentischer Anamnese-  
gruppen. Urban & Schwarzenberg: München.
- Schüffel, W./Fassbender, C.F. (Hrsg.) 1984. Fortbildung für Ärzte - Beiträge aus der psychosomatischen Medizin. Springer: Berlin.
- Schwarz, R./Hilpert, H. 1981. Der psychotherapeutisch tätige Arzt im Krankenhaus. In: Hilpert, H./Schwarz, R./Beese, F. (Hrsg.). 125-144.
- Schwitalla, J. 1979. Dialogsteuerung in Interviews. Huber: München.
- Scott, M.B./Lyman, S.M. 1976. Praktische Erklärungen. In: Auwärter, M./Kirsch, E./ Schröter, K. (Hrsg.). 73-114.
- Siegrist, J. 1977. Empirische Untersuchungen zu Kommunikationsprozessen bei Visiten. ÖZS 3-4(1977).
- Sinclair, J./Coulthard, M. 1975. Towards an Analysis of Discourse. London: Oxford University Press.
- Sodemann, U./Toerkott, J./Köhle, K. 1982. Affekt-Themen in Visiten bei Patienten mit ungünstiger Prognose auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 210-231.
- Sontag, S. 1981. Krankheit als Metapher. Fischer: FaM:
- Speck, A. 1987. "Ich will Ihnen doch da keine Diagnose an den Hals hängen." Eindrucksmanagement zwischen Patientenselbstbild und therapeutischer Intervention. In: Stitz, S./Speck, A./Gessinger, J. (Hrsg.). 141-160.
- Speck, A. 1990. Zur Themenentwicklung im Therapiegespräch. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 198-209.
- Speierer, G.-W./Weidelt, J./Schmid, F.X. 1984. Selbstbild und Arztideal bei vor-klinischen Medizinstudenten. Psychother.med.Psychol. 34(1984). 213-219.
- Spieß, K. (o.J.) Die psychosomatische Anamnese. Vorläufige Lernunterlage für den Unterricht in angewandter Psychosomatik. Arbeitsgruppe für Internistische Psychosomatik. II.Med.Univ.Klinik: Wien. Ms.
- Spranz-Fogasy, T. 1990. Ärztliche Kommunikation. Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 143-157.
- Spranz-Fogasy, T. 1992. Ärztliche Gesprächsführung - Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung. In: Fiehler, R./Sucharowski, W. (Hrsg.) 1992. 68-78.
- Stitz, S. 1987. Zur Konstitution von Intersubjektivität in Therapiegesprächen. In: Stitz, S./Speck, A./Gessinger, J. (Hrsg.). 57-77.
- Stitz, S./Speck, A./Gessinger, J. (Hrsg.) 1987. Therapiegespräche. Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 37.

- Streeck, S. 1989. Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Streeck, S. 1990. Die Kurzzeittherapie und ihr Verhältnis zur Alltagskommunikation. Ergebnisse einer konversationsanalytischen Studie. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 188-197.
- Street, R.L./Cappella, J.N. (eds.). Sequence and Pattern in Communicative Behaviour. Edward Arnold: London.
- Strotzka, H. (Hrsg.) 1975. Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg: Wien.
- Strotzka, H. (Hrsg.) 1984. Psychotherapie und Tiefenpsychologie. 2. Aufl. Springer: Wien.
- Strotzka, H./Wimmer, H. (Hrsg.) 1986. Arzt-Patient-Kommunikation im Krankenhaus. Facultas: Wien.
- Stubbs, W. 1984. Discourse Analysis. Oxford: Blackwell.
- Stucke, W. 1990. Die Balint-Gruppe. 2.neu bearb.Aufl. Deutscher Ärzte Verlag: Köln.
- Stumm, G. 1988. Zur Geschichte der Psychotherapie in Österreich. In: Jandl-Jäger, E./ Stumm, G. (Hrsg.). 166-196.
- Sucharowski, W. 1982. Fragen verdeutlichen. Zu Inhalt und Funktion von Frageerweiterungen bei Lehrerfragen. In: Detering, K. et. al. (Hrsg.). 293-304.
- ten Have, P. 1991. Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient-Interaction. In: Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. 138-163.
- Teusch, L. 1991a. Praxis der Gesprächspsychotherapie bei Neurosen, psychosomatischen Erkrankungen und in der psychosomatischen Grundversorgung. In: Finke, J./Teusch, L. 125-140.
- Teusch, L. 1991b. Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen. In: Finke, J./Teusch, L. 45-58.
- Tewes, U. et al. 1978. Medizinische Psychologie I. Psychologische Konzepte für die Medizin. Kohlhammer: Stuttgart.
- Tewes, U. (Hrsg.). 1984. Angewandte Medizinpsychologie. Fachbuchhandlung f. Psychologie, Verlagsabt.: Frankfurt/M.
- Thomä, H./Kächele, H. 1985. Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Grundlagen. Bd.1. Springer: Berlin.
- Todd, A.D. 1984. The prescription of contraception: Negotiations between doctors and patients. Discourse Processes, 7. 171-200.
- Toolan, M. 1988. Ruling Out Rules in the Analysis of Conversation. Journal of Pragmatics 13(1988). 251-274.
- Treichler, P.A. 1984. Problems and Problems: Power Relationships in a Medical Encounter. In: C. Kramarae, M. Schulz & W.M. O'Barr (eds.) 1984. Language and Power. Sage: London. 62-88.
- Uexküll, Th.v. 1990. Einleitung. In: Adler, R. et al. (Hrsg.). 1-5.
- Uexküll, Th.v./Wesiak, W. 1990. Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler, R. et al. (Hrsg.). 5-38.

- Van Dijk T. 1989. Structures of Discourse and Structures of Power. In: Communication Yearbook 12(1989). 18-59.
- Van Dijk, T. (ed.) 1990. Discourse analysis in the 1990s. Text 10-1/2 (1990) (special issue).
- Wahmhoff, S. 1983. Sprachliche Aspekte von Abstinenz und Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstgespräch. In: Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.). 111-146.
- Wahmhoff, S./Wenzel, A. 1979. Ein hm ist noch lange kein hm - oder was heißt klientenbezogene Gesprächsführung? In: Dittmann, J. (Hrsg.). 258-297.
- Waldenfels, B. 1991. Der Kranke als Fremder - Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J./Teusch, L. 95-124.
- Weiner, H. 1990. Anwendung psychosomatischer Konzepte in der Psychiatrie. In: Adler, R. et al. (Hrsg.). 1990. 916-939.
- Weinhold, C. 1988. Fachexterne Kommunikation im Krankenhaus: ein Forschungsbericht. Magisterarbeit, Freie Universität Berlin.
- Weinhold, C. 1991. Kommunikation in Krankenhäusern. Ein Forschungsbericht über deutschsprachige Analysen der Gespräche zwischen Arzt und Patient und das Gesprächsverhalten des Pflegepersonals. Zs. f. Germanistik 3/1991. 674-684.
- Weingarten, R. 1990. Reformulierungen in der Gesprächspsychotherapie. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 228-240.
- Wesiak, W. 1984a. Psychosomatische Medizin in der ärztlichen Praxis. Probleme, Möglichkeiten, Grenzen. Urban & Schwarzenberg: München.
- Wesiak, W. 1984b. Die Balint-Methode in der ärztlichen Weiterbildung. In: Schüffel, W./Fassbender, C.F. (Hrsg.). 91-98.
- West, C. 1984. 'Medical Misfires: Mishearings, Misgivings and Misunderstandings in Physician-Patient Dialogues'. Discourse Processes, 7. 107-134.
- West, C. 1985. Routine Complications: Troubles with talk between doctors and patients. Indiana University Press: Bloomington, IN.
- West, C. 1990. Not just 'doctors' orders' directive-response sequences in patient's visits to women and men physicians. Discourse & Society, vol.1(1)(1990). 85-112.
- West, C./Frankel, R.M. 1991. Miscommunication in Medicine. In: N. Coupland, H. Giles & J.M. Wiemann (eds.) 1991. 166-194.
- West, C./Zimmerman, D.H. 1985. Gender, Language and Discourse. In: T.v. Dijk (ed.) 1985. Handbook of Discourse Analysis. vol 4(1985). Academic Press: London.
- Westphale, C./Köhle, K. 1982. Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hrsg.). 102-139.
- Weydt, H. (Hrsg.) 1979. Die Partikeln der deutschen Sprache. Berlin: de Gruyter.
- Weydt, H. (Hrsg.) 1983. Partikeln und Interaktion. Tübingen: Niemeyer.
- Wilke, S./Jochens, B. 1987. Die Eröffnung von Erstgesprächen in der psychosomatischen Medizin. In: Stitz, S./Speck, A./Gessinger, J. (Hrsg.). 107-130.

- Willi, J./Heim, E. 1986. Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in biopsychosozialer Sicht. Bd.1. Grundlagen. Springer Verlag: Berlin.
- Wimmer, H./Pelikan, J./Strotzka, H. 1981. Arzt-Patient-Kommunikation am Beispiel des Anamnesegesprächs. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie: Wien.
- Wimmer, H./Pelikan, J. 1984. Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus. Unveröffentlichter Forschungsbericht des L.-Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie: Wien.
- Wirth, B. 1988. Zur Begriffsbestimmung von Psychotherapie und psychologischer Beratung. In: Jandl-Jäger, E./Stumm, G. (Hrsg.). 26-35.
- Wittman, L. 1983. Was macht die psychotherapeutische Kommunikation therapeutisch wirksam? In: Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.). 99-110.
- Wodak, R. 1981. Das Wort in der Gruppe. Linguistische Studien zur therapeutischen Kommunikation. Verlag d. Österreichischen Akademie d. Wissenschaften: Wien.
- Wodak, Ruth (ed.) 1989. Language, Power, and Ideology. Amsterdam.
- Wodak, R./Lalouschek, J./Hein, N. 1985. Arzt-Patient-Kommunikation: Ein Projektbericht. Wiener Linguistische Gazette 34.
- Wodak, R./Lalouschek, J./Menz, F. 1992. Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen. Ms.
- Wodak, R./Menz, F./Lalouschek, J. 1989. Sprachbarrieren. Die Verständigungskrise der Gesellschaft. Edition Atelier: Wien.
- Wodak, R./Quasthoff-Hartmann, U. (Hrsg.) 1985. Kommunikation in Institutionen. Aufrisse 4/1985.
- Wodak, R./van de Craen, P. (eds.) 1987. Neurotic and Psychotic Language Behaviour. Multilingual Matters: Clevedon.
- Wodak-Leodolter, R./Flader, D. (Hrsg.) 1979. Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß. Scriptor: Königstein/Ts.
- Wolberg, L.R. 1983. Kurzzeit-Psychotherapie. Thieme: Stuttgart.
- Wrobel, A. 1983. "Fragen" im psychoanalytisch orientierten Erstinterview. In: Keseling, G./Wrobel, A. (Hrsg.). 147-174.
- Wrobel, A. 1990. Der Therapeut schweigt. Zur konversationellen Struktur und Funktion von Schweigehandlungen in der Psychotherapie. In: Ehlich, K. et al. (Hrsg.). 241-255.
- Wyss, D. 1977. Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen. 5., erw. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Zimmerman, D./Boden, D. 1991. Structure-in-Action. An Introduction. In: Boden, D./Zimmerman, D. (eds.) 1991. 3-21.

## 13. Anhang

### 13.1. Das Datenmaterial

<b>Gespräch</b>	<b>Student/in</b>			<b>Patient/in<sup>74</sup></b>	<b>Länge</b>
<i>Code</i>	<i>Code</i>	<i>f/m</i>	<i>Alter</i>	<i>Grund des KH- Aufenthalts</i>	<i>min</i>
1-/A	Sw1	f	37	Brustoperation (postoperativ)	39
1-2/A	Sw2	f	62	Gebärmutter-OP (präoperativ)	21
1-3/A	Sw3	m	60	Herzinfarkt	43
1-4/B	Sw2	f	47	Brustoperation (präoperativ)	27
1-5/A	Sw4	m	61	chronische Polyarthrit	40
1-6/B	Sw4	m	50	Lebermetastasen	34
2-1/A	Sm10	f	63	Aszites, Herzklappenfehler	31
2-2/B	Sm11	f	40	unklare Unterleibsschmerzen	32
2-3/B	Sw5	f	40	Gebärmutter-OP (postoperativ)	27
2-4/B	Sm12	f	30	Gebärmutter-OP (postoperativ)	41
2-5/A	Sm12	f	43	Eierstockzyste (postoperativ)	32
2-6/B	Sm10	f	42	Eierstockzyste (präoperativ)	34
3-1/B	Sw3	f	48	Atemnot bei Belastungen	28
3-2/A	Sm13	f	21	Colitis ulcerosa	28
3-3/A	Sm14	f	58	Asthma, Grippe	52
3-4/A	Sw6	m	52	Dickdarm-Karzinom	41
3-5/A	Sw7	f	47	Bluthochdruck	14
4-1/B	Sm15	m	28	Colitis ulcerosa	27
4-2/A	Sm16	f	44	Asthma, Colitis	53
4-3/A	Sw8	f	47	Asthma	29
4-4/B	Sm15	m	35	Brustschmerzen	21
4-5/A	Sw8	f	48	Fieberschübe	28
4-6/A	Sm17	m	76	Gelenksbeschwerden	27

<sup>74</sup> Die große Anzahl von Patientinnen ist darauf zurückzuführen, daß zwei Tutoriumsgruppen mit gynäkologischen Stationen zusammenarbeiteten.

### 13.2. Zur Transkriptionsnotation

Das Tonbandmaterial wurde nach dem Transkriptionsverfahren "Halbinterpretative Arbeitstranskriptionen (HIAT)" (Ehlich/Rehbein 1976) verschriftet. Diese Partiturnotation ist besonders für die Darstellung interaktiver Strukturen und die Analyse sequentiell-dynamischer Verläufe geeignet (Brinker/Sager 1989).

Die *Notationsweise* bedeutet folgendes:

S:	Sprecherzeile Student (Sm)/Studentin (Sw)
P:	Sprecherzeile Patient (Pm)/Patientin (Pw)
/	Kommentarzeile
001	Index der Partiturfläche

Die *Transkriptionszeichen*:

.	fallende Intonation
?	Frageintonation
ALLE	betont
u:nd	gedehnt (Dehnung auf "u")
(.....)	akustisch unverständlich
auf mei/auf	syntaktischer Bruch
-	intonatorische Pause
--	kurze Pause (2 sec)
---	längere Pause (3 sec)
/6 sec Pause/	Pause in Sekunden
/lacht /	Phänomenbeschreibung in der Kommentarzeile

### 13.3. Das Gespräch (4-1/B)

|001 Sm: ja. mein Name ist S. wir san a Gruppe von Medizinstudentn |

|002 Sm: und wir würden gern so/was über SIE erfahren und über |

|003 Sm: Ihre Krankheit warum sie da sind. - und wenns uns viel |

| Sm: erzähl'n woll'n  
|004 Pm: mja. - ja mein Name ist B.P. i bin 28 Jahr |

|005 Pm: alt. - leide an Colitis ulcerosa. - das is/vor cirka vier |

|006 Pm: Jahr is des auftreten. - so Ende 85 Anfang 86. i muß |

- 007 Pm: sagen i hab des von an Tag aufn andern ghabt. so
- 008 Pm: wie ma si an/ an Schnupfen eigentlich zuaziagt. -
- 009 Pm: des is so im September auftreten. 1985. - und i hab
- 010 Pm: eigentlich dem ganzen gar net so viel - Bedeutung
- 011 Pm: beigmessen. hab ma denkt des wird wieder -
- 012 Pm: weggehn. des wird si vielleicht normalisieren. is
- 013 Pm: aber immer ärger worden. des war dann zum Schluß so aso
- 014 Pm: - daß i - wann i no vorausschicken derf i bin
- 015 Pm: Kundendienstfahrer bei Registrierkassn und bin ständig im
- 016 Pm: Außendienst wann i da net rechtzeitig ausm Auto
- 017 Pm: heraußen war was eigentlich in die Hosen gangen
- 018 Pm: sozusagen - ah - bin dann eben kurz vor Weihnachten
- 019 Pm: 85 hab i dann über 38 Fieber ghabt. - is dann immer
- 020 Pm: ärger worden die Durchfälle. hab 10 15 mal am Tag
- 021 Pm: Durchfall ghabt. immer Blut weggagangen. schleimig
- 022 Pm: des ganze gwesn. - ah: - bin dann no a Wochen daham
- 023 Pm: gwesen cirka. des is wirklich immer ärger worden. und
- 024 Pm: dann hab i so an Dippel auf mei/auf der Seiten da
- 025 Pm: auße kriagt. dann bin i zu meim Hausarzt gangen. - na
- 026 Pm: der Hausarzt hat ma Salizopyrin verschrieben hat aber
- 027 Pm: net genau gwußt ob a - wia wos wann. hat mi dann in
- 028 Pm: /Ort/ ins Krankenhaus überwiesen. bin dort
- 029 Pm: hikommen. die ham mi aber net drann nehmen können - waß
- 030 Pm: i net aus personellen Gründen. hätt drei Monat dauert.
- 031 Pm: auf des auffe hot mi dann mei Hausarzt dann: da her
- 032 Pm: überwiesen. auf die Station vom Professor G. und da bin
- 033 Pm: i dann innerhalb von vier Tag dran kommen. die hama

- 034 Pm: da a Coloskopie gmacht. und ham halt festgestellt
- 035 Pm: Colitis ulcerosa. - hama weiterhin 6 Salizopyrin am Tag
- 036 Pm: verschrieben. strenge Diät verordnet. - war dann sieben
- 037 Pm: Wochen im Krankenstand. des ganze hat si normalisiert.
- 038 Pm: i hab mi dann ungefähr nach die 7 Wochen no drei Monat
- Sm: was hams da gessen? was hams essen  
039 Pm: ghalten. an die Diät.
- Sm: dürfen?  
040 Pm: naja. nur kochtes Fleisch - Fisch gedünstete Sachen
- Sm: mh.  
041 Pm: also nix scharfs. ka ah ka Mineralwasser also nix mit
- 042 Pm: Kohlensäure. nur Fruchtsäfte. - kan Bohnenkaffee - ka
- Sm: mh. war des/  
043 Pm: Mayonais Ketchup. solche Sachen. Schokolad
- Sm: mh. war des schwer für  
044 Pm: und solche Sachen net?
- Sm: Sie sich an die Diät zu halten? oder?  
045 Pm: naja. am Anfang
- 046 Pm: eigentlich net a:be:r äh eben am Schluß eben. oft is
- 047 Pm: halt so da macht ma den Kühlschrank auf wäh heut is nix
- 048 Pm: gscheits drinnen aber dann macht ma den Kühlschrank auf
- 049 Pm: und sagt oi hoffentlich kann i des boid wieda essn.
- 050 Pm: i man - des steht am irgendwann amal
- 051 Pm: drüber. i man des/ des is sicher gut und alls aber
- Sm: mh. - und des  
052 Pm: irgendwann amal hat ma gnua von dem ganzen.
- Sm: war 85 alles (wies des/ de Diät ?)  
053 Pm: na des war dann scho 86 also
- 054 Pm: Ende 85 hat des angefangt. des war dann scho im 86er Jahr.
- 055 Pm: - i hab mi dann no a Zeitlang ghalten - hab mi dann aber
- 056 Pm: ABSOLUT nimmermehr ghalten. hab zwar die Salizopyrin

057 Pm: weitergnumma. hab nur mehr viere gnumma dann nurmehr zwa.

Sm: hams des selber reduziert? oder?

058 Pm: des immer weiter abbaut.

Sm: eh net.

059 Pm: na. des hat dann der Arzt gsagt i soll nur mehr viere

Sm: mh.

060 Pm: nehmen (zwa und des eben hat si bessert.) hab aber die

061 Pm: Diät weiterghalten eigentlich. dann wie i komplett

062 Pm: aufgehört hab mit die Pulverln hab i die Diät nimmermehr

Sm: mh.

063 Pm: ghalten. hab i ganz normal gessen. weil i hab a ka

064 Pm: Schnitzel essn derfm zum Beispiel. oiso mit Bröseln und

065 Pm: solche Sachen is A net guat hams gsagt. - hab mi dann

066 Pm: nimmer ghalten hab dann ganz normal gessen eigentlich.

067 Pm: - also wieder was waß i - a Bacardi Cola trunken oder

068 Pm: irgendein Kognak oder so. - war eigentlich alls in Urdnung

069 Pm: und vor cirka an Jahr - fahr i in die Firma eine. -

070 Pm: aufamal so a komisch Gefühl im Bauch. geht des

071 Pm: wieder los hab i ma denkt. sofort wieder auf die

072 Pm: Toiletten. und wieder Bluat Schleim und so. - vor an

073 Pm: Jahr hab i no 80 Kilo ghabt. jetzt hab i 24 Kilo

074 Pm: abgenommen. also innerhalb - von dem Jahr. - - mja.

075 Pm: hab wieder zwar die Salizopyrin gnommen - es is aber

076 Pm: ka Besserung eigentlich/ i man net a - absolute

077 Pm: Besserung eintreten des is immer als so dahinplätschert.

Sm: seit wann nehmens es jetzt wieder? seit am Jahr?

078 Pm: a seit an

Sm: mh.

079 Pm: Jahr. naja. hams gsagt vielleicht is des a Gewöhnungs=

*Johanna Lalouschek – Ärztliche Gesprächsausbildung*

- 080 Pm: effekt daß i da irgendwie na die Tablettn/waß ma net so
- 081 Pm: genau oder is des so stark. - war dann do. - und hams
- 082 Pm: gsagt na sie sehn von ana Coloskopie ab: sie wern schaun
- 083 Pm: daß des so in Griff kriagen. - aber es is wia gsagt
- 084 Pm: immer schlechter worden. - vor drei Monat hab i dann mit
- 085 Pm: an - Meisterprüfungskurs angefangt. da war i a bißl im
- 086 Pm: Streß des ganze und gegang Schluß eben is des immer
- 087 Pm: ärger worden. - und vorige Wochen Montag - hab i dann
- 088 Pm: a so an Kreislaufkollaps ghabt. hams mi mit der Rettung
- 089 Pm: auf /Ort/ ins Spital geführt. und von dort bin
- Sm: mh.
- 090 Pm: i dann eigentlich wieder da her kommen. da hams
- 091 Pm: Untersuchungen gmacht. i hab jetzt no a Dünndarmmassage
- 092 Pm: ghabt und wieder a Coloskopie. hab zwa Flaschen am
- 093 Pm: Tag kriagt. - zwa vier sechs Salofalc ham die ghaßen
- 094 Pm: die Tabletten hab i kriagt. und Antibiotikum hams ma
- Sm: mh. und wie is es jetzt? is
- 095 Pm: dreimal am Tag gspritzt.
- Sm: besser? seit Sie da herinnen sind?
- 096 Pm: na i fühl mi eigentlich ganz wohl. wieder.
- 097 Pm: mei Stuhl hat si normalisiert. - hab a so an Rectalschaum
- 098 Pm: haßt des - kriagt. den muaß i ma jeden Tag einespritzen.
- Sm: mh.
- 099 Pm: werma sehn. am Samstag weri entlassen. und dann fahr
- Sm: - wie lang fahren sie da hin?
- 100 Pm: i auf Erholung. na drei
- Sm: mh. mh.
- 101 Pm: vier Wochen hams gsagt wird des sein. des is a
- Sm: und dann wernS wieder arbeiten
- 102 Pm: Diätheim auf /Ort/.

Sm: nach die drei Wochen oder hams dann Urlaub?  
103 Pm: na dann geh i

Sm: mh.  
104 Pm: amal in Urlaub. also ma waß jetzt net wie des is.

105 Pm: entweder geh i zwischendurch scho in Urlaub und dann halt

Sm: mh.  
106 Pm: je nachdem wie i an Termin kriag. i man i waß net - so

Sm: mh. mh.  
107 Pm: schnell wird des net gehn. nehm i an. - -ja. des wars

Sm: mh. und: - wie das vor an  
108 Pm: eigentlich im großen und ganzen - -

109 Sm: Jahr wieder aufgetretn is war da/hat sie da irgendwas

110 Sm: besonders verändert in ihrem Leben oder war irgendwie a

Sm: besondere Situation die Sie in Zusammenhang bringen  
111 Pm: na ansich

Sm: ja  
112 Pm: net. war alls ganz normal - in normale Bahnen verlaufm

113 Pm: - a vorher net. wie des im 85er Jahr angfangt/vielleicht

114 Pm: ja i hab in dem Jahr eigntlich hab i baut. i bin mit

115 Pm: mein Ding da fertig worden vielleicht des oda -

116 Pm: aber wie gsagt von an Tag am anderen war des da.

Sm: und früher hams mim Darm nie/  
117 Pm: na überhaupt kane

Sm: mh. - und a sonst warns net im  
118 Pm: Beschwerden ghabt. nix.

Sm: Krankenhaus oder so?  
119 Pm: na. nix. des is jetzt des erste mal daß i

120 Pm: im Krankenhaus in stationärer Behandlung bin. also -

Sm: mh. und Angehörige von ihnen/ihre  
121 Pm: nie was ghabt.

Sm: Eltern oder Geschwister? Ihre Eltern leben no.  
122 Pm: ham a nix.

Sm: und san gsund? - und ham Sie Kontakt zu  
123 Pm: ja ja.

- Sm: ihren Eltern? mh.  
124 Pm: ja. ( ) i könnt
- Pm: net sagen daß mi irgendwas aus der /Bahn gworfen hätt  
125 / lachend
- Sm: und - daß Sie jetzt da in ihm Beruf  
Pm: oder so/  
126 lachend/
- 127 Sm: verändert san: - fällt Ihnen das schwer oder sans da
- Sm: eher froh daß da amal a bißl a Ruah ham.  
128 Pm: schwer. ja. -- wie soll
- 129 Pm: i sagen. i man i häng natürlich schon an meim Beruf.
- 130 Pm: keine Frage. - is a guata Job aber - i man hi und da
- Sm: - - und: -  
Pm: wieder amal a Ruhepause /schad a net./  
131 / lacht /
- 132 Sm: die Krankheit hat sie natürlich behindert dran an ihrer
- Sm: Arbeit.  
133 Pm: naja eigentlich schon. die letzte Zeit scho. i man es
- 134 Pm: is ja so i man - du bist ja irgendwie geschwächt also
- 135 Pm: du mußt des mit viel mehr Anstrengung machn zum Beispiel
- 136 Pm: oder was waß i wann i heut im Auto gsessn bin und es war
- 137 Pm: haß dann ( ) i hab immer gschaut daß i des
- 138 Pm: Auto irgendwo im Schattn histelln kann. wannst eigstiegn
- 139 Pm: bist - des war oft wie wannst wie in Trance so auf die
- 140 Pm: Art na des hat die richtig niederdruckt eigentlich.
- Sm: mh.  
141 Pm: i man es war natürlich alls viel schwerer. wie wannst
- 142 Pm: heute - fit bist dann geht da des leichter von der Hand
- Sm: mh. - - und gibts irgendwas  
143 Pm: alls wie wannst halt krank bist.
- 144 Sm: was eana - besonders Spaß gmacht hat was jetzt nimmer

Sm: tuan können durch ihr Krankheit.  
145 Pm: an und für sich net. - na

146 Pm: i bin a leidenschaftlicher Reiter aber i hab grad gfragt

Sm: mh.  
147 Pm: und des is ma an und für sich net verboten worden. also

148 Pm: wann des is/es is nur wann i an auf/an - akuten Schub hab

149 Pm: dann sollt i halt des net ausüben weil dann is der

150 Pm: Körper eben geschwächt hats ghaßen und da muß i net

151 Pm: unbedingt no irgendwas mit Anstrengung verbindn. aber

Sm: mh. - - - und hams  
152 Pm: ansonst kann i des jeder Zeit - ausüben.

Sm: da a eigenes Pferd oder?  
153 Pm: na i hab ka eigenes Pferd. -

154 Pm: aber - i tua immer für an Reitstall da in hamma/

155 Pm: in /Ort/ hamma da an Reitstall unten und da bei

156 Pm: /Ort/ also in /Ort/ und da tua i die Pferd a immer

Sm: mh.  
157 Pm: hin und her führen a mim Lastwagen wamma a Turnier

158 Pm: ham oder so. - und da kost ma des Reiten eigentlich

Sm: mh.  
159 Pm: nix net. kann jederzeit hingehn und reiten wann i

Sm: mh. /15 sec Pause/ und was ham Sie für a Gefühl  
160 Pm: will.

161 Sm: wies jetzt weitergehn wird mit der/ ja wenns jetzt

162 Sm: wieder draußen san ausm Krankenhaus und nach der

Sm: Erholung.  
163 Pm: naja i wü probieren vielleicht des ganze/ -

164 Pm: i wills net sogn Leben - i wü des vielleicht a bißl

165 Pm: ändern im Beruf vielleicht. heute was waß i -

Sm: mh.  
166 Pm: i man wir stengan oft ziemlich unter Druck a u:nd -

- 167 Pm: pfffff und des ganze halt zum Zruckschalten. net so mit
- 168 Pm: dem Gedanken jetzt fahr i dort no hin und des erledig
- 169 Pm: i a no. des was heute net geht des werd i morgen a no
- Sm: wird ihnen das gelingen?
- 170 Pm: erledigen können. naja des glaub
- 171 Pm: i schon. net. da muß ma sich halt amal des ganze
- 172 Pm: anschaun. - i man SO will i des halt probieren zum
- Sm: und was arbeiten sie genau?
- 173 Pm: ändern. - - i bin technischer
- 174 Pm: Angestellter bei der Firma /X./ Datensysteme. i reparier
- 175 Pm: Registrierkassen im Gastrobereich und Schankanlagn.
- 176 Pm: und Fabrikenkassen in Hotels und solche Sachen net?
- Sm: mh. sans da viel unterwegs?
- 177 Pm: ja. - i fahr cirka im
- 178 Pm: Ja/ im Monat sechshalb tausnd Kilometer.
- Sm: mh. (wie ?)
- 179 Pm: ( na amal im Jahr a Fixgebiet
- Sm: mh.
- 180 Pm: eigentlich) aber es is halt immer was zu machen.
- 181 Pm: aber i wer jetzt a - wechsln. wir san a stark im
- 182 Pm: Lotto-Tottobereich tätig. i waß net obs die orangen
- Sm: mh.
- 183 Pm: Kasteln kennen die in die Trafiken wo der Lottoschein
- 184 Pm: ah der Tottoschein abgestempelt wird - des macht unser
- 185 Pm: Firma österreichweit. - und da werma jetzt so ( )
- 186 Pm: Computer aufstellen. da sama ziemlich stark im Kommen.
- 187 Pm: und da werd i hinwechseln in die Abteilung und dann werd
- Sm: mh. is des da weniger
- 188 Pm: i eben nur mehr des - machen.
- Sm: Belastung oder? mhm
- 189 Pm: ja. - - des hab i ma scho vorher -

- 190 Pm: ausghandelt eigentlich wann des so weit is daß i
- 191 Pm: durtn hinkumm. weil da bist nur auf a Produkt net
- Sm: mh. mh. - und leben Sie  
192 Pm: da machst eben nur des na?
- Sm: allan? hm und leben  
193 Pm: na. i bin verheirat: und hab zwa Kinder.
- Sm: die in Wien? mh. - und wann Sie - so viel  
194 Pm: na. in /Ort/
- 195 Sm: - beruflich unterwegs san - ah sans dann oft mehrere
- Sm: Tage weg oder? mh. - -  
196 Pm: na. bin eigentlich jeden Tag daham.
- 197 Sm: - und: - - ja wie stehn Ihre Frau und Ihre Kinder zu der
- 198 Sm: Krankheit? fühl'n si die dadurch irgndwie: - eingeschränkt
- Sm: oder?  
199 Pm: na: tät i net sagen. absolut net. i man de san
- Sm: mh.  
Pm: alle so besorgt um mi - muß ma sagen. i man.  
200 /lachend/
- S: mh.  
201 Pm: i man. de bemühn si da alle recht sehr i man mei Frau
- 202 Pm: daß des in Griff is bezüglich/i man
- 203 Pm: de schaut ma auf die Finger daß i da (da mei Bier)
- 204 Pm: kane Pfefferoni oder kan Bohnenkaffee oder so i
- 205 Pm: man. i trink i eh kan Bohnenkaffee oder iß
- 206 Pm: a kane scharfen Pfefferoni weil i eh waß daß ma net
- 207 Pm: guat tuat oder was. aber i man hi und da wird ma halt
- 208 Pm: vielleicht do schwach wann ma irgendwo auf a Grill=
- 209 Pm: party higeht oder was also naja meingottna halt a
- Sm: mh.  
210 Pm: Bier kann net schaden. - na: du derfst kans trinken.
- 211 Pm: trink halt lieber an Fruchtsaft is viel gscheiter.

Johanna Lalouschek – Ärztliche Gesprächsausbildung

Sm:	mh.
212 Pm:	na dann trinkst an Fruchtsaft. also die san da sehr
Sm:	mh.
213 Pm:	besorgt um mi eigentlich. bezüglich Kost und. - und was
214 Pm:	i halt trink. und des ganze hoit a. hearst schoit a
215 Pm:	bißl zuruck oda geh in Kranknstand. die Firma kann
216 Pm:	eh ohne di a existieren i man die werns scho amal
Sm:	mh. - - und wie alt san
217 Pm:	schaffen drei Wochen ohne di.
Sm:	die Kinder?
218 Pm:	mei Tochter is sechse gwesen im April. und die
Sm:	mh. /15 sec Pause/ und wie
219 Pm:	zweite wird zwa im Juni.
220 Sm:	is das für sie wann Sie - die Familie so sorgt um Sie
221 Sm:	oder irgendwie so schaut daß sa si an die Diät
Sm:	halten?
222 Pm:	naja i will net sagen lästig - aber irgendwann
223 Pm:	amal i man wann alle zu dir kommen net nur mei
224 Pm:	Frau sondern zum Beispiel a
225 Pm:	meine Schwiegereltern meine Eltern meine Schwestern
226 Pm:	die ganzen Bekannten umadum und jeder bemutterlt die
227 Pm:	so auf die Art i man - da sagst scho herst jetztn reißt
Sm:	mh.
228 Pm:	euch amal zamm. i man jeder wann a kummt - ja
229 Pm:	wie gehts da denn na was is mit dir jeder fragt di
230 Pm:	fuffzg Mal des gleiche am Tag tua des und tua des und
231 Pm:	da sagst amal schau jetzt reißts euch amal zamm i man
Pm:	- wann die jeder so bemutterlt - des: - irgendwann
232	/ lacht /
233 Pm:	amal is natürlich scho der Punkt erreicht wost sagst

- Sm: mh.  
234 Pm: jetzt genügt eigentlich jetztn/WASS eh daß es guat mants
- Sm: mh.  
235 Pm: aber - i waß eh was i zum tan hab mehr oder weniger.
- 236 Pm: i man es is eh nett von eana daß sa si so kümmern
- 237 Pm: natürlich aber irgendwann amal geht des jedem - a bißl
- Sm: - - verstehn di des dann a daß da einem das  
Pm: /am Nerv./ ja eigentlich  
238 /lacht /
- Sm: )  
239 Pm: SCHON muß i sagen i man - des sah i eana aber wann
- 240 Pm: jeder sagt heast tua des net und tua des net und tua des
- 241 Pm: net und jeder sagt das gleiche eigentlich. i man/die
- 242 Pm: wissen eh daß des jeder des gleiche sagt eigentlich.
- 243 Pm: aber sie manens ja wirklich nur guat eigentlich es is ja
- Sm: mh.  
244 Pm: net schlecht gmant von eana net? aber dir selber/-
- Sm: mh. -  
245 Pm: irgendwo sagst dann - heast/- - es is ja a so/i man
- 246 Pm: wannst heute - sagma wannst so an Schub hast oder was
- 247 Pm: dann bist ja nervlich irgendwo a bißl gereitzt a muß i
- Sm: mh.  
248 Pm: sagen. na. also - da reagierst vielleicht irgendwo
- 249 Pm: a bißl a grob ( ) waß aber net  
23 sek unverständlich (Störung durch hereinkommende Person)
- 262 Sm: aber es is dann schon anstrengend wanns grad an akuten
- Sm: Schub ham sie dann bsonders zammreißen müssen ( )  
263 Pm: na SICHER.
- Sm: mh. - -  
264 Pm: keine Frage. es is a so wann i so an akuten Schub
- 265 Pm: hab also so wie jetzt eigentlich wos ma scho ziemlich
- 266 Pm: schlecht gangen is - das warn die 14 Tag was i mit derer

- 267 Pm: Prüfung mit derer Prüfung war i 14 Tag arbeiten - da hab
- 268 Pm: i mas eirichten kennan. da bin i zmittag hamgfahrn
- 269 Pm: und hab i mi niederglegt zmittag weil da war i zmittag
- Sm: mh.
- 270 Pm: scho - schwach sozusagen. also da war i scho ( )
- 271 Pm: zmiad. - hab mi a Stund hinglegt gschlafen amal und dann
- 272 Pm: wieder gfahrn weil sonst hätt i glaub i den Tag net (
- 273 Pm: ) ab und zu gfahrn. - und wann i a Stund gschlafen
- Sm: mh. also die Prüfung
- 274 Pm: hab oder so des is schon was anderes.
- Sm: hams neben der Arbeit gmacht?
- 275 Pm: NA. da war i frei gstellt
- 276 Pm: von der Firma. So a Drei-Monat-Kurs.
- Sm: und des is jetzt erledigt? mh. - - war des für sie
- 277 Pm: ja.
- Sm: scho so a längeres Ziel des zu machn? oder?
- 278 Pm: ja eigentlich
- Sm: /16 sec Pause/ und ihr Frau is die a berufs=
- 279 Pm: schon ja.
- Sm: tätig oda is die daham /15 sec. Pause/
- 280 Pm: na. die is daham bei die Kinda.
- 281 Sm: Fallt Ihnen no was ein was Sie uns erzähl'n woll'n. was
- Sm: wichtig is.
- 282 Pm: na. - i wissat net wos. i man i hob des Gefühl
- 283 Pm: ( operieren )
- 284 Pm: ( ) wannns geht. /7 sec Pause/
- 285 Sm: ham Sie vielleicht a Idee - wo die Krankheit herkommt. -
- Sm: womit des in Zusammenhang stehn könnt.
- 286 Pm: i hob KEINE Ahnung.
- 287 Pm: i man i - bin da gfragt wurd'n ob i im Ausland war oda -
- 288 Pm: sonst irgendwas. i man - i kenntat net sogn von wo. i man
- 289 Pm: i hob des wirklich/ von an Tag am andern hob i des gobt.

- Sm: mhm  
290 Pm: oiso.- ah - i wissat net wieso. i man vielleicht wirklich
- Pm: vom Job jetza. - streßbedingt - oda so. /es könnte eine  
291 / zitierend
- Sm: hm. - - als Kind warns -  
Pm: eine Nervensache auch sein./ na.  
292 zitierend /
- Sm: nie krank. mhm  
293 Pm: na. eigentlich nie. i man - jo
- Sm: mhm - wo san Sie  
294 Pm: Kinderkrankheitn. - Masern. - - Mumps.
- Sm: aufgewachsn eigentlich?  
295 Pm: in /Ort/. des is direkt nebm
- Sm: hm  
296 Pm: /Ort/. ein sogenanntes - Kuhdorf wia ma so sagt.
- Sm: sans auf ana Landwirtschaft aufgewachsn? - -  
297 Pm: /lacht leise/ na.
- Sm: Und ham Sie Geschwister? mhm.  
298 Pm: jo. a Stiefschwester hob i.
- Sm: und hams zu der a an Kontakt?  
299 Pm: jo. - wir ham eigentlich a
- Sm: mhm. - und die is älter?  
300 Pm: sehr gute Beziehung. is um acht
- Sm: mhm. /12 sec Pause/ und: - weil Sie sogn  
301 Pm: Jahr jünger wie i.
- Sm: Stiefschwester. Ihre leiblichn Eltern leb'n aber no. mhm.  
302 Pm: jo.
- 303 Sm: und san Sie dann - aber wahrscheinlich bei der Mutter nur
- Sm: aufgewachsen oder nur beim Vater oda mhm. -  
304 Pm: na bei da Mutta.
- 305 Sm: und ham aba zuder Zeit zum Vata a no an gutn Kontakt imma
- Sm: ghabt. mhm mhm.  
306 Pm: jo. i hob a zu mein Stiefvata an guatn Kontakt.
- 307 Sm: /12 sec Pause/ Wollns uns über ihre Kindheit a bißl was

Johanna Lalouschek – Ärztliche Gesprächsausbildung

- Sm: erzähl'n? oda.  
308 Pm: is eigentlich super verlaufm muaß i sagn. mir
- 309 Pm: hat nie irgendwas gfehlt. i hab nie - wos waß i - Watschn
- 310 Pm: kriagt oda sunst irgndwas. i man des is ois super gwesen.
- 311 Pm: kennt i nix sagn - daß i irgendwie a schlechte Kindheit
- Sm: mhm. - und hams viel Freund a ghabt - wias  
312 Pm: ghabt hätt oda.
- Sm: kla worn?  
313 Pm: jo - eigentlich schon. - a heite no - also i
- 314 Pm: bin mit de Kollegn mit wos i in de Schul gangen bin - mit
- Sm: mhm  
315 Pm: de bin i a heite nach wie vor guat - - sis eigentlich
- 316 Pm: imma bessa weil - da Großteil eigentlich was da meine
- 317 Pm: Kollegn san de san fast alle in söbn Beruf tätig: - da is
- Sm: mhm - und  
Pm: hoit imma a bißl was zum Fachsimpln - sozusagn  
318 / P lacht/
- 319 Sm: so: - in da Freizeit tuns a gemeinsam was untanehman mit
- Sm: de Freind  
320 Pm: na an und für sich net weil da sitz i am Pferd.
- Sm: mhm mhm des machn Sie  
321 Pm: und des san kane Reita. ( )
- Sm: allein des Reitn.  
322 Pm: na - mit meina Tocht'a oda ebm mit
- 323 Pm: Kollegn oda: mit Kolleginnen die was duat in Reitstall
- Sm: mhm /25 sec Pause/ und: ja kriagns jatz viel Besuch  
324 Pm: san.
- Sm: im Kranknhaus.  
325 Pm: najo eigntlich scho. mei Frau is jedn Tag
- Sm: und wie  
326 Pm: do und es kummt imma irgndwer ( )
- Sm: is des für Sie/is des sehr - scho zvü oda  
327 Pm: na eigentlich net

Sm: mhm  
328 Pm: wei -da Tog dauat eh imma lang. i bin froh wenn wer kummt

329 Pm: - i bin da Jüngste im Zimma. wir ham da no zwa Herrn die

330 Pm: was: sehr angenehm san - aba die andan - san net sehr

Sm: /6 sec Pause/ Tan sa sich da überhaupt  
331 Pm: gesprächig oda.

Sm: schwer so - mit  
332 Pm: na eigentlich net - i muaß sogn i bin a Mensch

Sm: mhm  
333 Pm: der was eigentlich schnö Kontakt find. oiso i man da

Sm: mhm  
334 Pm: ane Herr is fuffzgz - da ondare is dreiafuffzgz i man de

335 Pm: san/oba da homma an in Zimma der is 79. des was ma mochn

336 Pm: die Jungen des is eh ois glogn des is zum Vergessn - was

337 Pm: SIE gmocht hom des is DIE Sache - oba des was I moch des

338 Pm: is zum Vergessn i man. - oba des kannst dann DU vergessn

339 Pm: mit den zum Redn weil den kannst ja nimmamehr überzeugn.

Sm: - -und wie lang sans jetzt herinnen? die  
340 Pm: die zweite Wochn.

Sm: zweite Wochn. mhm. und nächste Wochn gengans ham.  
341 Pm: jetzt am

Sm: mhm. /12 sec Pause/ ja - mir fallt ka  
342 Pm: Samstag geh i ham.

343 Sm: Frage mehr ein. Wolln Sie noch - irgendwas erzähln - was

Sm: sagen?  
344 Pm: na - an und für sich - i wissat eigentlich net. - - -

Sm: - - gut. - dann alles Gute.  
345 Pm: hamma schon viel plaudert.