

"Hypertonie?" - oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns

Johanna Lalouschek

veröffentlicht im Sammelband:

Reinhard Fiehler (Hrsg.):

Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2002, 97 - 115

ISBN 3 - 936656 - 05 - 3 (früher: 3 - 531 - 12904 - X)

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

Alle Texte erhältlich unter

www.verlag-gespraechsforschung.de

Alle Rechte vorbehalten.

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

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

"Hypertonie?" - oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns

Johanna Lalouschek

1. Einleitung

Personen, die sich für den Arztberuf entscheiden, sind einem langjährigen Prozeß der Ausbildung 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. Dies beginnt im Studium durch Erwerb von Fachwissen und Fachvokabular, geht weiter in Praktika und Famulaturen, in denen die angehenden ÄrztInnen unter Anleitung von KollegInnen ihre ersten Erfahrungen mit der Berufspraxis machen, schließlich durch Turnus¹ und Facharztausbildung in den Krankenhäusern, in denen die praktische Ausbildung vor allem auch direkt "am Krankenbett" z.B. während der Visite oder während der Durchführung von Untersuchungen weitergeführt wird.

Daß eine Fachausbildung an sich unbedingte Notwendigkeit ist, steht hier außer Frage; was aufgezeigt werden soll, ist das paradox anmutende Faktum, daß gerade die Art der herkömmlichen theoretischen und praktischen medizinischen Ausbildung in ganz komplexer Weise Auslöser für vielfältige Kommunikationsstörungen in den Gesprächen mit Patienten und Patientinnen ist.

2. Die berufliche Sozialisation von MedizinstudentInnen und ÄrztInnen

Im Medizinstudium, so wie es sich traditionellerweise darstellt, geht es erstens um die *Aneignung von "Experten-Wissen"*, d.h. also um die theoretische und praktische Ausbildung zum Erwerb von medizinischem Fachwissen und zum Ausüben von professionellen ärztlichen Tätigkeiten. Diese Ausbildung ist geprägt von einem somatisch-technisch orientierten Verständnis von Krankheit, das das erkrankte Organ bzw. das Symptom in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellt und nicht das erkrankte Individuum in einem ganzheitlichen Sinne. Was den sozialisatorischen Aspekt der ärztlichen Tätigkeiten betrifft, so werden darunter deshalb 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",

¹ Der *Turnus* bedeutet in der österreichischen Mediziner Ausbildung eine dreijährige allgemein-ärztliche Ausbildung, die an das Studium anschließt und mit der das *ius practicandi* erworben wird; die angehenden ÄrztInnen heißen während dieses Ausbildungsschritts TurnusärztInnen.

innerhalb dessen die "eentlichen" ärztlichen Tätigkeiten stattfinden. Die Fähigkeit, Gespräche mit PatientInnen zu führen, wird als unspezifische kommunikative Fähigkeit vorausgesetzt.

Zweitens geht es in der medizinischen Berufsausbildung um die sukzessive Internalisierung von Einstellungen, Erwartungen und Werten im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der *Arzt-Rolle* (Tewes et al. 1978). Die Einstellungen werden einerseits durch die Art der Ausbildung im Studium mitvermittelt, üblicherweise also durch eine primär somatisch-technisch ausgerichtete, und andererseits über die gesamte weitere berufliche Praxis erworben. Diese Prägungen führen dazu, daß die angehenden ÄrztInnen 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. An dieser Stelle möchte ich lediglich auf die beiden letztgenannten Begriffe "fachliche Kompetenz" und "affektive Neutralität" näher eingehen.

Affektive Neutralität meint, daß ÄrztInnen die Qualität der Behandlung nicht von ihren persönlichen Gefühlen den Kranken gegenüber abhängig machen dürfen. Ärztliches 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 jedoch den Charakter eines Gebotes, Gefühle nicht haben oder nicht wahrnehmen zu dürfen.

Nun zur "*fachlichen Kompetenz*": damit ist vor dem Hintergrund eines rein somatisch orientierten Verständnisansatzes von Krankheit die Diagnose und Therapie von pathologisch veränderten Organstrukturen und gestörten Organfunktionen gemeint. Die Vorbereitung dafür 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 Untersuchung der 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 als Prozeß der *Fragmentierung* bezeichnet werden, ein Vorgang, den Köhle & Joraschky (1990, 415) als einen die Sicht verzerrenden Eingriff in das untersuchte Objekt bezeichnen und der sich - wie alle Formen des Handelns an sich - auch im sprachlichen Handeln widerspiegelt.

Was in der heutigen Ausbildung nicht systematisch gelehrt und daher nicht zum eigentlichen medizinischen Expertenwissen gezählt wird, sind Techniken einer patientenzentrierten Gesprächsführung, ist das Wissen über die Dynamiken in der Arzt-Patienten-Beziehung, der reflektierende Umgang mit Betroffenheit und Gefüh-

len, den eigenen wie denen der PatientInnen, und der Umgang mit nicht rein medizinischen, also gesamtheitlichen, psychosozialen Informationen und deren produktiver Einsatz für die Diagnostik.

Aus diesen Gründen kommen innerhalb des somatisch-technischen Verständnisansatzes von Krankheit Fragen zum subjektiven Erleben und zur individuellen Geschichte des/der Kranken oder Fragen nach Problemen in der Interaktion zwischen PatientInnen und ÄrztInnen nicht vor. 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 Adler et al. 1990).

3. Medizinischer Diskurs: die Fragmentierung von Beschwerden

In den herkömmlichen Arzt-Patienten-Gesprächen stehen sich ÄrztInnen und PatientInnen aufgrund der spezifischen Sozialisation mit je unterschiedlichen Realitätsorientierungen gegenüber: die der ÄrztInnen leitet sich aus dem, 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 durchdrungen oder abgelöst werden).

Im herkömmlichen ärztlichen Gespräch findet aufgrund dieser Bedingungen ein Übersetzungsprozeß statt, den ich, in Anlehnung an die Beschreibung des "fachlich kompetenten ärztlichen Handelns", als "*Prozeß der Fragmentierung*" bezeichnen möchte (Lalouschek 1995). Um eine fachlich korrekte Diagnose stellen zu können, müssen die Beschwerdenschilderungen der PatientInnen, die vorwiegend der Umgangssprache entstammen und gesamtheitliche Bedeutungsinhalte transportieren, in die institutionell vorhandene Begrifflichkeit, also in Symptome, übersetzt werden. D.h., mittels des Einsatzes 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. Über die Kategorisierung der Beschwerden als Symptome werden diese institutionell wahrgenommen und können entsprechend verarbeitet werden. Dieser Vorgang wird dementsprechend auch als "*Institutionalisierung von Krankheit*" (Rehbein 1986) oder als "*context-stripping*" (Mishler 1984) bezeichnet.

Anhand von Textausschnitten aus einem Anamnesegegespräch (Aufnahmegegespräch) zwischen einem Arzt und einem Patienten möchte ich diesen Prozeß der

Fragmentierung und die dadurch entstehenden Kommunikationsprobleme aufzeigen.² Der 62-jährige Patient ist wegen Herzbeschwerden ins Krankenhaus aufgenommen worden.

TEXT 1

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 jetz -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*" (016)³, die ein insgesamt mangelndes Wohlbefinden beschreibt, anschließend nennt er Schlafprobleme. Erst seine dritte Zustandsbeschreibung ("*so a Brennen*" (017)) 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 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 medizinnahe 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 (019). Wieder überlappt der Arzt diesen Hinweis mit einer das Brennen weiter abklärenden Frage (019), ein Vorgang, der sich gleich anschließend nochmals wiederholt (020).

² Alle in diesem Artikel zitierten Textausschnitte stammen aus den Wiener Forschungsprojekten zur Arzt-Patienten-Kommunikation (vgl. Hein et al. 1985, Lalouschek, Menz & Wodak 1990, Lalouschek 1995).

³ Österreichisch "sich erfangen" (umgangsspr. "derfangen") bedeutet im Binnendeutschen etwa "wieder auf die Beine kommen", "sich von etwas erholen".

Im Hinblick auf die eingangs formulierten Überlegungen zur medizinischen Sozialisation läßt sich dieser kurze Textausschnitt folgendermaßen beschreiben: Der Arzt "zerlegt" ("seziert") im Dienste der Symptomerhebung und Diagnosestellung die individuelle, ganzheitliche Beschwerdenschilderung des Patienten in voneinander isolierte Einzelbeschwerden, um den Patienten institutionell wahrnehmbar zu machen. Er übersetzt die umgangssprachlichen Formulierungen selektiv in medizinnahe Einzelbegriffe und verhindert durch Unterbrechungen, Entscheidungsfragen zum "medizinischen" Thema und Themenwechsel, die nur mit entsprechendem Fachwissen nachvollziehbar sind, zusätzliche Äußerungen oder Erzählversuche des Patienten. Damit werden erstens die vom Patienten erlebten Zusammenhänge und individuellen Bedeutungen sukzessive aus dem Gespräch ausgeblendet, zweitens wird seine Möglichkeit der aktiven Beteiligung am Gesprächsverlauf auf die Beantwortung der ärztlichen Fragen eingeschränkt.

Eine Konsequenz, die sich aus dieser typischen Form der ärztlichen Gesprächsführung ergibt, ist, daß PatientInnen, die in den für sie relevanten Darstellungen unterbrochen werden, immer wieder versuchen, diese neuerlich einzubringen oder weiterzuführen, was zu wiederholten Unterbrechungen von Seiten der ÄrztInnen führt (vgl. die Flächen (018-021) und - in einem *circulus vitiosus* - ihren schon bestehenden Eindruck verstärkt, PatientInnen würden ohne entsprechende "Zügelung" weit abschweifen und nicht zu erzählen aufhören, was sie zu einer noch strafferen Gesprächsführung veranlaßt. Helmich et al. (1991, 275) bezeichnen diesen Prozeß als "das Ergebnis der Eskalation im Scheitern des Versuchs, sich den ÄrztInnen verständlich zu machen". Wie sich im weiteren Verlauf der Anamnese herausstellt, sind gerade die ausgeblendeten umgangssprachlichen Zustandsschilderungen für den Patienten und sein tatsächliches Befinden hoch bedeutsam:

TEXT 2

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*" (016, 053) eine zweimalige Lungenentzündung, beträchtliche Magenbeschwerden, Kreuzschmerzen und auch die Herzbeschwerden stecken. Mit dieser Äußerung bezeichnet der Patient sein zentrales Problem. Sie erfaßt in ihrer gesamtheitlichen Bedeutung alle seine Einzelbeschwerden und sein insgesamt schlechtes körperliches Befinden. Darum ist sie für den Patienten von wesentlich größerer individueller Erlebnisrelevanz als die Herzschmerzen alleine. Aus diesem Grund steht sie bei der Schilderung seiner Beschwerden (016) an erster Stelle, und aus diesem Grund kann der Patient seine Herzbeschwerden auch nicht 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.

Es zeigt sich also, daß dieses somatisch orientierte Gesprächsverhalten des Arztes einen starken Einfluß auf das Sprachverhalten des Patienten ausübt, oder allgemeiner gesprochen, daß auch PatientInnen im Kontakt mit der Institution Gesundheitswesen im Sinne der Institution "ausgebildet" werden und speziell in Gesprächen mit ÄrztInnen einen Prozeß der Einsozialisation in den medizinischen Diskurs erfahren.

4. "Do you speak doctor's language?" - Die Sozialisierung von PatientInnen in den medizinischen Diskurs

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. 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 "medizinischer" sie vorgebracht werden. Cicourel (1985) konnte zeigen, daß PatientInnen medizinische Äußerungen und Fachvokabular zur Beschwerdenbeschreibung verwenden, in der

Meinung, so von den ÄrztInnen eher verstanden zu werden. Der Gebrauch dieser "doctor's language" (Cicourel 1985, 195) hat jedoch seine Tücken.

Ein routinierter Patient ist wegen eines akuten Asthmaanfalles eingeliefert worden. Er beherrscht das seine Krankheit betreffende Fachvokabular, er kennt sich aufgrund seiner Erfahrung mit den Krankenhausroutinen aus, und er kann sich im Aufnahmegespräch schnell mit dem gesprächsführenden Arzt "verständigen". Diese scheinbar problemlose Verständigung mit PatientInnen, die ausreichend und gut informiert wirken, kann jedoch trügen:

TEXT 3

Am: Arzt

Pm: Patient, 65 Jahre

Am: Scharlach hamS ghabt?	ja. Diabetiker oder so
095 Pm: nein Mumps' sonst weiß ich nicht.	

Am: sind Sie nix zufälligerweise.	gut. - Hypertonie?
096 Pm: nein'nein.	nein. --

097 Pm: ah moment daß i ja net lüg' des bittschön des müßte irgendwie ()	
---	--

Am: ja.	
098 Pm: es is aber da, es is da no irgend a Befund dabei mit genauen ---	

Am: --- wir wern das dann schon anschauen noch.	
099 Pm: EKGs sind ja auch alle	

Am: ja'ja.	
100 Pm: Streifen da.	

Der Arzt fragt den Bereich "Kinderkrankheiten und chronische Krankheiten" ab. Der etwas unklare thematische Wechsel des Patienten von Hypertonie (Bluthochdruck) zu den EKGs klärt sich im Interview, das mit dem Patienten anschließend an das ärztliche Gespräch geführt wurde, in unerwarteter Weise auf:

078 Im: ah da is im Lauf des Gesprächs mit dem Arzt ah ein medizinisches
079 Fachwort gefalln, - Hypertonie. - wissen Sie was das auf deutsch is?
080 Pm: ja, das is eine Herzüberlastung. weiß aber nicht genau, weil ich es
081 nicht habe. ja' weiß ich es nicht. - ich kann Ihnen schon sagen weil
082 ichs von anderen weiß, das is eine Herzhrythmusstörung.

Deutlich zeigt sich, daß der Patient, der das Fachvokabular zu seiner Krankheit beherrscht und gut informiert zu sein scheint, den Arzt dazu verleitet, vermehrt Fachausdrücke zu verwenden, und zwar auch aus nicht unmittelbar krankheitsrelevanten Bereichen. Der langjährige Patient, der sich als Folge seiner Kooperationsbereitschaft und Gutinformiertheit ja auch eine wohlwollende Behandlung von Ärzteseite erwartet, kann sein medizinisches Unwissen deshalb nicht so einfach zugeben. Mißverständnisse, die dadurch entstehen, bleiben im Normalfall jedoch unerkannt.⁴

⁴ Das Interview mit dem Patienten, in dem sich das Mißverständnis zeigte, war ja Teil des Forschungsprojektes, nicht der medizinischen Untersuchung.

Es scheint, daß PatientInnen ihr mangelndes Wissen dennoch indirekt markieren, und zwar durch den Einsatz von abschwächenden Routineformeln (Coulmas 1981) wie "daß i ja net lüg (097)" oder "könnt ich nicht sagen" ((187) im folgenden Textbeispiel).

Der ebenfalls erfahrene Patient ist ins Spital eingeliefert worden, weil sein Blutzuckerspiegel aufgrund einer Cortisonbehandlung gegen seinen Ischiasanfall massiv gestiegen ist. Gegen Ende des Gesprächs fragt der Arzt den Bereich "Allergien" ab:

TEXT 4

Am: Arzt

Pm: Patient, 66 Jahre

Am: ham Sie irgendeine Allergie? Allergie?
187 Pm: --- -- könnt ich nicht sagen.

Am: mhm.'
188 Pm: nur der Ischias wiederholt sich alle zwei Jahre. na'na. das hat

189 Am: mit Allergie nix zu tun. ham Sie irgendeine Überempfindlichkeit auf

Am: Medikamente' - Röntgenkontrastmittl' oda
190 Pm: nein. - außa wiegesagt das

191 Pm: Cortison' - cortisonhältige Präparate, net' - die wirkn sich für

Am: ja aba das hat mit Allergie nix zu tun. -- so Penicillinallergie?
192 Pm: mich

193 Pm: na. hob i net.

Der Patient ist sich über die medizinische Gesamtbedeutung des Begriffs "Allergie" im unklaren, auf die umgangssprachliche Reformulierung des Arztes "*Überempfindlichkeit gegen Medikamente ...* (189)" kann er jedoch sehr wohl antworten. Zu dieser Reformulierungshandlung kommt es allerdings nur, weil der Patient in (188) auf seine regelmäßigen Ischiasanfälle hingewiesen hat. Dies und sein weiterer Hinweis, daß sich cortisonhaltige Präparate bei ihm schlecht auswirkten, machen transparent, daß der Patient mit "Allergie" eine umgangssprachliche Gesamtbedeutung wie "schlecht auf etwas reagieren" verbindet bzw. sich trotz seiner bisherigen Erfahrung nicht (mehr) sicher ist, ob seine körperlichen Beschwerden wie Ischias und die Reaktion auf Cortison aus medizinischer Perspektive nicht auch unter dem Begriff "Allergie" subsumiert werden müssen. Im nachfolgenden Interview meint dieser Patient übrigens, daß er alle Ausdrücke, die der Arzt verwendet hat, gut verstanden hat.⁵

⁵ Da diese Interviews so wie die vorangegangenen ärztlichen Gespräche in den Krankenzimmern durchgeführt wurden und die UntersucherInnen während ihres Aufenthalts im Krankenhaus weiße Mäntel tragen mußten, ist anzunehmen, daß die PatientInnen sie trotz Vorinformationen ebenfalls für medizinisches Personal hielten und sie deshalb zu betont positiven ("sozial erwünschten") Antworten neigten (vgl. Hein et al. 1985).

Daß ÄrztInnen gut vorbereitete, kooperationswillige PatientInnen tatsächlich bevorzugen, zeigt ein Interview mit einer Turnusärztin:

Im: Wie sieht für Sie das ideale Anamnesegespräch aus?

Aw: Naja - es is sicher recht gut und recht angenehm - wenn der Patient schon drauf vorbereitet is daß ma ihn also ausfragen wird über seine verschiedenen früheren Krankheiten und Operationen. Und so weiter. Also es gibt zum Beispiel Leute - die kommen schon ins Krankenhaus mit einer wunderbaren 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.

"Gute" PatientInnen sollen also nicht nur gut über ihre Krankheit Bescheid wissen, sondern auch gut vorbereitet sein auf das, was sie erwartet, sprich, mit den ärztlichen Routinen so vertraut sein, daß diese zügig und ungestört ablaufen können.

5. Ärztliche Routinehandlungen

Medizinische Ausbildung beinhaltet auch den Erwerb von ärztlichen Routinehandlungen. Diese können einerseits dem medizinischen Fachwissen zugeordnet werden, wie z.B. die Internalisierung des inhaltlichen Ablaufschemas von Anamnesegesprächen, andererseits betreffen sie das gesamte Insiderwissen über die üblichen organisatorischen Arbeitsabläufe in Krankenhäusern und deren jeweilige Funktionen im Gesamtzusammenhang, also z.B. Aufnahme- und Entlassungsprozeduren, Spezialuntersuchungen, Visiten etc.

Im Rahmen des Forschungsprojekts "Kommunikation zwischen Arzt und Patient" (Hein et al. 1985) wurden TurnusärztInnen befragt, wie und wo sie die Durchführung von Anamnesegesprächen gelernt hätten. Die Befragten gaben 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 Praktikum und Turnus, durch Zuhören und selbstgeführte Gespräche unter der Anleitung von ÄrztInnen in Ausbildung.

Turnusärztin: "Naja - des lernt ma entweder schon beim Famuliern 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."

Menz (1991) untersuchte, welche Inhalte und Fertigkeiten den angehenden ÄrztInnen bei dieser "praktischen Gesprächsausbildung" vermittelt werden. Von großer Bedeutung ist das Erfüllen der formalen Kriterien entsprechend den Verwaltungsvorschriften. Es wird ihnen beigebracht, das Anamneseblatt korrekt auszufüllen; hierbei werden sie speziell über die Verwendung von Jargonausdrücken und zeitsparenden Abkürzungen instruiert. Zugleich wird ihnen die Reihenfolge der

verschiedenen Fragen und Fragenkomplexe beigebracht. Besonders deutlich wird die sozialisatorische Funktion beim Einsatz der medizinischen Fachsprache: die umgangssprachlichen Äußerungen der PatientInnen werden von den anleitenden ÄrztInnen explizit und mit entsprechenden Kommentaren versehen, in die medizinische Fachsprache übersetzt und von den angehenden ÄrztInnen in das Anamneseblatt eingetragen. Worauf wenig Bedacht genommen wird, ist, die PatientInnen in diesen Gesprächen nicht lediglich als Objekte des Lernens wahrzunehmen, sondern als Subjekte und eine Beziehung zu ihnen herzustellen.

Das so erlernte Ablaufmuster eines Anamnesegesprächs umfaßt die Schritte Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte, Familienanamnese, aktuelle Beschwerden, chronische Erkrankungen (Diabetes, Hochdruck etc.), aktueller Gesundheitszustand (Appetit, Verdauung und Schlaf), Allergien sowie die Adresse des Hausarztes; wobei die Abfolge der Schritte variabel gehalten werden kann. Dieses internalisierte Ablaufschema ermöglicht es den ÄrztInnen, den thematischen Verlauf der Anamnesegespräche zu kontrollieren. In Text 3 (s.o.) wechselt der Arzt ohne Markierung der Übergänge vom Ablaufschritt "Kinderkrankheiten" (095) zum Ablaufschritt "chronische Erkrankungen" (095, 096).

Am: Arzt

Pm: Patient, 65 Jahre

Am: Scharlach hamS ghabt?	ja. Diabetiker oder so
095 Pm: nein Mumps' sonst weiß ich nicht.	

Am: sind Sie nix zufälligerweise.	gut. - Hypertonie?
096 Pm: nein'nein.	nein. --

Diese inhaltlich vermeintlich unzusammenhängende Sequenz von Fragen ist für die ÄrztInnen aufgrund ihres Routinewissens durchaus zusammenhängend und funktional. Für die PatientInnen ist dieser Zusammenhang ohne dieses interne Wissen oft wenig nachvollziehbar, was ihre Möglichkeiten, aktiv und eigenständig zum Gespräch beizutragen, massiv einschränkt, selbst wenn sie Erfahrung mit dem Gesprächstyp "Anamnesegespräch" haben.

Deutlich tritt dies auch im eingangs schon analysierten Gespräch (Text 1 und Text 2) hervor: Der Patient hat mehrmals auf seine Schlafprobleme hingewiesen. Am Ende des Gesprächs geht der Arzt, entsprechend *seinem* internen Ablaufschema einer Anamnese, den Schritt "Appetit, Verdauung, Schlaf" durch:

TEXT 5

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.

ÄrztInnen haben durch ihr Fachwissen und ihre Berufsroutine ein klares Konzept, wie die jeweiligen Gespräche und Untersuchungen, die sie mit den PatientInnen führen, ablaufen sollen, welche Funktion sie in der Behandlung erfüllen, welche Informationen deshalb jeweils wichtig sind und welche nicht. Dieses Routinewissen kann für die PatientInnen natürlich nicht generell vorausgesetzt werden. Trotzdem sind patientenorientierte, also nachvollziehbare Informationen über Zweck und Verlauf von Gesprächen und Untersuchungen nicht selbstverständlicher Bestandteil von Arzt-Patient-Interaktionen. Solche Orientierungshinweise sind jedoch notwendig, um PatientInnen angemessen handlungsfähig zu machen, so daß sie z.B. einschätzen können, welche Informationen und Darstellungen in welchem Ausmaß für das jeweilige Gesprächs- oder Untersuchungsziel relevant sind. Dies betrifft vor allem Spezialuntersuchungen, zu denen auch routinierteren PatientInnen oft das Erfahrungswissen fehlt.

Ein eindrucksvolles Beispiel für eine Spezialuntersuchung ist die sogenannte "Operationsfreigabe". PatientInnen, die vor einem operativen Eingriff stehen, müssen, sofern sie nicht auf der internistischen Abteilung liegen, auf der internen Ambulanz des Krankenhauses routinemäßig daraufhin untersucht werden, ob die Operation stattfinden kann oder ob Befunde dagegen sprechen. Die Untersuchung besteht aus den Schritten EKG anlegen, Blutdruck messen, Abhören und Abklopfen von Herz, Lunge und anderen inneren Organen, Feststellung der derzeitigen medikamentösen Therapie und des Alkohol- und Nikotinkonsums. Eine Operationsfreigabe ist für die ÄrztInnen eine Routinesituation mit klar geregelter Ablauf und sogenannten "Standardfragen". Für die ÄrztInnen ist dieses Konzept klar, nicht so für die PatientInnen.

Während des folgenden kurzen Gesprächsausschnittes trägt die Ambulanzärztin die Informationen des Patienten in seine Befundmappe ein und blättert auch in seiner Krankengeschichte.

Text 6

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.

Dieser erfahrene Patient beherrscht die medizinischen Fachausdrücke seiner Krankheiten, spricht also "doctor's language". In seinen Antworten beschränkt er sich auf die schlagwortartige Verwendung fachlicher Termini ("*Carotis*" (027), "*Herzinfarkt*" (030)), auf eine objektive Datenwiedergabe ("*78 im Mai*" (031)), auf die Frage nach seiner persönlichen Befindlichkeit reagiert er mit medizinischen Formulierungen wie "*a hohe Belastbarkeit gehabt*" (033/4).

Der eigentliche Zweck der ärztlichen Fragen ist nur im Rahmen der speziellen Untersuchungsaufgabe zu verstehen: es geht um eine Freigabe für eine Operation. Die Frage nach den früheren Operationen (028) bezieht sich v.a. auch auf die Erfassung von etwaigen Narkosezwischenfällen oder anderen Operationskomplikationen. Da es für Patienten in seinem Alter und mit einer Reihe von früheren Krankenhausaufenthalten eher ungewöhnlich ist, noch keine Operationen hinter sich zu haben, klärt die Ärztin diesen untersuchungstechnisch wichtigen Punkt nachfragend nochmals ab (029). Daß der Patient den Sinn dieser Nachfrage nicht beurteilen kann, zeigt seine "joviale" Äußerung "*noch gor kane.- is des a Fehler?*" (029), als ginge es der Ärztin nur um eine möglichst interessante Patientenkarriere. Es ist ihm also nicht klar, worauf die Ärztin hinaus will. Mit dieser Äußerung markiert der Patient "Nicht-Verstehen": sie ist als allgemeine Frage formuliert ein indirektes Klärungsansuchen an die Ärztin; die Jovialität dient der weiteren Abschwächung, da klärende Nachfragen von Patientenseite unüblich sind, sie als Kritik am ärztlichen Handeln aufgefaßt werden können und den Patienten in seiner Abhängigkeit vom ärztlichen Wohlwollen damit in eine problematische Position bringen können.

Die Ärztin geht darauf nicht ein. Sie stellt die nächste Frage (029/030), die routinemäßig auf die vorherige folgt. Für die Ärztin ist der Ablauf also durchaus zusammenhängend. Der Patient reduziert seine Antwort auf ein Minimum "*Herzinfarkt*" (030). Auffallend ist seine Antwort auf die vertiefende Nachfrage der Ärztin, ob er seitdem mit dem Herzen Beschwerden hätte (031/032), eine Frage, die für die bevorstehende Operation natürlich höchst relevant ist. Der Patient beginnt mit einer umgangssprachlich formulierten, möglicherweise bedeutsamen Äußerung "*na - fallweise hab ich*" (032), die eine Schilderung von aktuellen Beschwerden erwarten läßt. Er unterbricht sich jedoch selbst und führt mit einer fachsprachlichen Formulierung eines positiven medizinischen Befundes fort "*aber ich bin - sehr gut belastbar gewesen*" (032/033), die er in der Wiederholung durch Substantivierung noch stärker fachsprachlich reformuliert ("*a hohe Belastbarkeit gehabt*" (034)). Die

Folgeäußerung "und - relativ alles in Ordnung" (O34) verstärkt die Vermutung, daß die Belastbarkeit fallweise doch nicht so gut ist. Die Ärztin fragt nicht weiter nach: der Hinweis auf den positiven medizinischen Befund der Belastbarkeit ist für die Operationsfreigabe vermutlich ausreichend, ein näheres Eingehen auf die Befindlichkeit des Patienten ist nicht Zweck dieser Untersuchung. Da sie nicht seine behandelnde Ärztin ist, könnte sie dies auch gar nicht leisten.

Aufgrund seines zu geringen Informationsstandes kann der Patient den inneren Zusammenhang und die eigentliche Bedeutung der ärztlichen Fragen nicht wirklich nachvollziehen. Dadurch kann er auch nicht eindeutig abschätzen, welche Antworten von ihm erwartet werden. So wechselt er zwischen rein fachlichen Informationen und kurzen Erzählansätzen. Sein indirekter Klärungsversuch wird von der Ärztin nicht wahrgenommen. Ganz allgemein erschwert PatientInnen diese mangelnde Gesamtorientierung, sich aktiv am Gespräch zu beteiligen und z.B. günstige Momente zu erkennen, um für sie relevante Fragen zu stellen, aber auch einschätzen zu können, in welcher für sie relevanten Funktion sie die jeweils betreffenden ÄrztInnen wahrnehmen sollen.

Diese stark routinisierten Spezialuntersuchungen der internen Ambulanz weisen ein besonders hohes Störpotential im Kommunikations- und Untersuchungsablauf auf. Durch die Vielzahl der PatientInnen, die im Lauf eines Vormittages untersucht werden müssen, stehen die ÄrztInnen prinzipiell unter Druck. Ihre Störungstoleranz ist denkbar gering, und es ist ihnen sehr viel an der Kooperativität und interaktiven Zurückhaltung der PatientInnen gelegen. Sie erwarten dieses Verhalten von den PatientInnen sozusagen als deren Beitrag zu einem ungestörten Untersuchungsablauf. Dieses "Arbeitsübereinkommen" führt dazu, daß PatientInnen, denen das Routinewissen über den Ablauf von Untersuchungen fehlt (also den Oberkörper frei machen, beim EKG ruhig liegen, alle Untersuchungsschritte ruhig über sich ergehen lassen und den ärztlichen Aufforderungen unwidersprochen Folge leisten), mangelnde Kooperationsbereitschaft unterschoben wird. Meist handelt es sich dabei um wenig erfahrene und schon sehr alte PatientInnen, die durch ihr "Fehlverhalten" Störungen im schnellen, reibungslosen Ablauf verursachen.

Eine 84-jährige Patientin wird wegen cardialer Beschwerden begutachtet:

Text 7

Aw: Ärztin

Pw: Patientin, 84 Jahre

Aw: so' das Hemd müß ma auch ausziehn. warum nicht? wir sind
001 Pw: () net.

Aw: ja im Spital'. so' - <da da draufsetzn.> gell'
Pw: (murmelt leise)
002 <Aw deutet auf die Patientenliege>

Aw: so' tun Sie das Hemd bitte ausziehn.
003 Pw: Hemd - i hob jo nur des Hemd

Aw: ziehns das aus bitte - das Hemd. wir müssen ein EKG schreibm.
004 Pw: an'

Aw: so. na schaut schon niemand, ha' -- so. - is ja nur der
005 Pw: () Hemd

Aw: Herr Doktor da, gell' der darf
006 Pw: da Herr Doktor der kann schaun. aba

Aw: schon schaun. gell' - so. tun ma uns da rauf setztn. gell'
007 Pw: so. sagns

008 Aw: welcher Arm war denn der gebrochene?

* * *

064 Aw: die wackelt imma -- JETZ BLEIBENS ABER RUHIG LIEGN! TUNS NET IMMER

065 Aw: WACKELN! HM' - SONST WIRD DAS EKG NIX! GANZ RUHIG - SCHÖN LOCKER.

Aw: JA. gut.
066 Pw: gut is. - ja.

* * *

097 Aw: NEIN' Sie können noch nicht aufstehn. ich sags Ihnen dann schon.

Die Ärztin reagiert auf die ihrer Meinung nach mangelnde Kooperativität der alten Patientin, die eher einen verschüchterten, denn widerspenstigen Eindruck macht, sehr nervös und unwillig. Indem sie sich das Anstaltshemd nicht ausziehen will, beim EKG unruhig ist und nicht weiß, wie sie sich bei der körperlichen Untersuchung verhalten soll, stört und unterbricht sie den von der Ärztin erwarteten routinemäßigen Ablauf. Auf jede "Störung" reagiert die Ärztin mit zunehmend schärferem Tonfall. Sie sieht vor allem Widerstand und Kontraproduktivität statt Nicht-Wissen und Desorientierung eines alten Menschen in einer ihm fremden Situation.

Die Einstellung, daß die Patientin "schwierig" sei, führt dazu, daß die Ärztin auch ihre Beschwerden nicht ganz ernst nimmt.

Aw: aber es tut ihr ALLES weh, bitte' -- ÜBERall tuts ihr weh.
221 <zu Am>

So ist dieses Gespräch ein typisches Beispiel für ein sogenanntes "Störungs-Paradoxon": Fehlverhalten von PatientInnen aufgrund ihres mangelnden Routinewissens oder altersbedingter mangelnder Flexibilität wird als unkooperatives Verhalten interpretiert, Erklärungen und Informationen werden gerade dort verweigert, wo sie nötig wären, um weitere Störungen und Unterbrechungen zu verhindern und die PatientInnen zu kooperativem Handeln überhaupt erst zu befähigen.

6. Die fachliche Ausbildung im beruflichen Alltag oder "Lernen am Objekt Patient"

Die schon beschriebene interne Ambulanz ist auch eine Stätte des Lernens und wird von den ÄrztInnen, die noch in Ausbildung sind, auch als eine solche wahrgenommen. Der Ambulanzdienst dauert zwei Monate, der Wechsel erfolgt so, daß jeden Monat ein "alter" und ein "neuer" Arzt bzw. Ärztin zusammenarbeiten. Dies bedeutet, daß die behandelnden ÄrztInnen nicht nur zu zweit untersuchen, sondern daß sie die Krankengeschichten der PatientInnen und die Ergebnisse der eigenen Untersuchung als Lernmaterialien benützen. Sie diskutieren gemeinsam Befunde und therapeutische Maßnahmen und fragen, informieren und belehren sich gegenseitig. In diesen fachinternen Gesprächen entscheiden sie auch, wann der Ambulanzoberarzt zu Rate gezogen werden muß. Zugleich hat sich die scheinbar zeitsparende Routine eingebürgert, gleichzeitig PatientInnen zu untersuchen und Befunde des vorherigen Patienten bzw. der vorherigen Patientin zu diskutieren und fertig auszufüllen.

Die durch die beiden Faktoren "Fachausbildung" und "Routineablauf" auftretenden Kommunikationsstörungen sollen im folgenden Textbeispiel aufgezeigt werden. Es handelt sich wieder um eine "Operationsfreigabe": die zu untersuchende Patientin kommt von der Geburtsstation und wird von der Ärztin wegen eines bevorstehenden operativen Eingriffs intern untersucht. Die Patientin hat auf der Liege Platz genommen, der Arzt ist mit den Befunden der vorherigen Patientin beschäftigt:

Text 8

Aw: Ärztin
Am: Arzt
Pw: Patientin, 32 Jahre
Sw: Ambulanzschwester

Aw: so' <grüß Gott'> - <sie is wer?> P. - DU' die hat a ziemliche
Pw: P./Name/
<Aw zu Pw> <Aw sucht Pw's Befundmappe, schaut dabei über Am's
005 Schulter in die Krankengeschichte der vorherigen Pw>

Aw: Anämie' die Patientin - 77 Komma 9 und hat a ausgeprägte Leukozytose'
006 Am: ach so'

007 Aw: - ich mein Kalium, - er hat ih ein Kalioral aufgschriebm, aber ich

008 Aw: glaub schon daß man der a Konservm aufschreibm sollt. - weil das is

Aw: sicher - dann a größere/ a größerer Eingriff. hm'
009 Am: mhm.' - des werma

Aw: < (murmelt) >
Am: mitn X. /Name Oberarzt/ besprechn.
<Aw liest in der Krankengeschichte
010 der anwesenden Pw>

Aw: <so'> - Sie kommen von da/ von welcher Station?
 Pw: Geburtenabteilung
 011 <Aw zu Pw>

Aw: aha.' - wann war die Geburt? und was is worden?
 012 Pw: am/ am Samstag.

Aw: na servas' ham SIE sich geplagt.
 013 Pw: a Mäderl, - hat über vier Kilo' a

Aw: <S?/Name/> wir solln da
 Pw: schöns Bröckerl'
 Sw: ja'
 014 <Ambulanzschwester Sw betritt den Raum> <Aw zu Sw >

Aw: jetzt noch ALLE EKGs dazuschreibm' die im Haus anfalln, oda wie'
 015 Sw: najo

Als die Ambulanzschwester zurückkommt, unterbricht die Ärztin die Untersuchung der Patientin, um mit ihr ein organisatorisches Problem zu besprechen. In diese Besprechung fällt kurz darauf folgende Bemerkung des Arztes (020):

Aw: des da,
 Am: <ach Gott' das hab ich überseh'n, das is blöd.>
 020 <Am zu sich, in die Befundmappe schreibend> <Aw liest mit>

Aw: () hast des gseh'n? schaut a bißl komisch aus.
 021 Am: schon merkwürdig.

Aw: ja da is a bißl a Impression' - ja aba
 022 <Unterbrechung durch eine Schwester>

026 Aw: ich würd das schon eher als horizontal bezeichnen. net ganz, - aba'

Aw: <SO'> - ham Sie schon irgendwelche Krankheitn
 Am: WAS? nein. - da is nix.
 027 <Aw zu Pw>

Aw: ghabt? mit dem Herz'n sind Sie gesund? - mit der Lunge?
 028 Pw: nix.

Die Ärztin beginnt die Untersuchung der Patientin mit einer Gliederungspartikel "so" (005) und einer Begrüßung ("*grüß Gott*" (005)). Damit wird die Patientin informiert, daß die Ärztin sich in ihren Aktivitäten ihr zugewandt hat. Mit "*sie is wer?*" (005), das vermutlich an den Arzt gerichtet ist, der alle Krankengeschichten auf dem Tisch vor sich liegen hat, will sich die Ärztin informieren, welche der Befundmappen sie zur Hand nehmen soll. Dabei sieht sie über die Schulter des Arztes in die Krankengeschichte der vorherigen Patientin, mit der er noch beschäftigt ist, und entdeckt einen bisher unbesprochenen Befund, die "*Anämie*" (006)). Die Ärztin leitet mit direkter Adressierung ("*DU*" (006)) ein fachinternes Gespräch mit dem Arzt ein. Bemerkenswert ist der Ausdruck "*die Patientin*" in (006). Üblicherweise wird über anwesende PatientInnen als "sie" bzw. "er" gesprochen. Die markierte Form "die Patientin" soll den Arzt darauf hinweisen, daß es sich um eine schon bekannte, in diesem Fall also um die vorherige Patientin handelt. Ein Orientierungshinweis für die

Patientin, daß es sich um eine Unterbrechung *ihrer* Untersuchung handelt, fehlt jedoch. Sie muß annehmen, daß der Arzt und die Ärztin *ihren* Befund besprechen. Dadurch bekommen die nachfolgenden Äußerungen wie "*weil das is sicher - dann a größere/ a größerer Eingriff.*" (009)) für die Patientin, die ja vor einem operativen Eingriff steht, eine mißverständliche und potentiell alarmierende Bedeutung.

In vergleichbarer Form wird diese Untersuchung noch zwei weitere Male unterbrochen, einmal durch die Rückkehr der Ambulanzschwester, einmal durch die Wiederaufnahme des fachinternen Gesprächs. Auch hier fallen für die Patientin wieder potentiell alarmierende Äußerungen wie "*ach Gott' das hab ich übersehn*" (020) oder "*schon merkwürdig.*" (021).

Die tatsächliche Verunsicherung der Patientin läßt sich mit folgendem Textauschnitt belegen: gegen Ende der Untersuchung stellt die Ärztin durch Fragen nach den anderen Kindern der Patientin eine beziehungsfördernde Situation her - ein Kontext, in dem es der Patientin möglich ist, initiativ zu werden:

<p>Aw: na i glaub des war vom vorherign 040 Pw: war des von mir die Anämie?</p>

<p>Aw: Patientn. - hat Sie beunruhigt' na'na. von Ihnen hamma eigentlich 041 Pw: mhm.'</p>
--

<p>Aw: no nix gsehn. 042 Pw: mhm.'</p>
--

Die Ärztin versteht sofort, daß die Patientin den Befund der vorherigen Patientin anspricht, und es stellt sich heraus, daß dieses Mißverständnis für sie tatsächlich die gesamte Untersuchung hindurch beunruhigend war. Hier muß betont werden, daß eine derartige Gesprächssequenz, in der eine Beunruhigung oder ein mögliches Mißverständnis von einem Patienten/einer Patientin thematisiert und damit aus dem Datenmaterial her belegbar wird, als Ausnahme zu bezeichnen ist. Sie wurde vermutlich durch den genannten spezifischen situativen Kontext ermöglicht. Die Ärztin geht durchaus verstehend auf die Patientin ein, allerdings aus ihrer Perspektive als Institutionsinsiderin: die Befunde ihrer Routineuntersuchung und ihre Krankengeschichte hätte sie mit dem Arzt ja noch gar nicht besprochen. Und nur aus dieser Perspektive bekommt die Äußerung "*von Ihnen hamma eigentlich no nix gsehn.*" (041), die am Ende einer ausführlichen ärztlichen Untersuchung einigermaßen paradox anmutet, Sinn: ein Patient ist erst ein richtiger Patient, wenn seine Befunde diskutiert und in seiner Krankengeschichte niedergeschrieben worden sind, er also institutionell wahrgenommen worden ist. Zugleich bagatellisiert sie damit dieses für die Patientin einigermaßen problematische Erleben und macht deutlich, daß Mißverständnisse, die aus ärztlicher Sicht aktuell keine Kommunikationsstörungen verursachen, nicht als solche wahrgenommen werden. Damit werden auch deren Ursachen nicht reflektiert oder verändert, z.B. durch eine zeitliche Entflechtung von Untersuchung und Befundbesprechung (vgl. Lalouschek, Menz & Wodak 1988 und 1990).

7. Schlußbemerkung

Der Haupt- und zugleich Angriffspunkt aller aufgezeigten Kommunikationsstörungen liegt in der prinzipiellen Einstellung zum Patientengespräch, die ÄrztInnen im Laufe ihrer somatisch orientierten Ausbildung nahegelegt bekommen: obwohl das Gespräch mit den Patienten und PatientInnen einen Großteil des beruflichen Alltags ausmacht, hat es in der jetzigen Ausbildung nach wie vor den Status eines Vorgangs, den man nicht eigens zu erlernen hat, da er der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit vorgelagert ist. Es bildet sozusagen den äußeren Rahmen, der mit medizinischer Expertentätigkeit wie Diagnoseerstellung, Behandlung, aber auch mit Fachausbildung zu füllen ist (Waldenfels 1991, 105). D.h., das Sprechen mit PatientInnen wird nicht als genuine ärztliche Tätigkeit betrachtet, deren Durchführung eine spezifische Qualifikation erfordert. Solange aber das ärztliche Gespräch nicht als eigenständige, relevante Tätigkeit wahrgenommen und in der medizinischen Ausbildung nicht entsprechend gelehrt und gelernt wird, solange wird ihm auch keine entsprechende institutionelle Relevanz beigemessen werden. Überspitzt formuliert könnte man sagen, daß für ÄrztInnen die Grundstörung für eine zügige und fachlich kompetente Durchführung ihrer ärztlichen Tätigkeiten in der Notwendigkeit liegt, mit PatientInnen sprechen zu müssen. Und so führt gerade die langjährige, komplexe fachliche Ausbildung der ÄrztInnen zu einer Vielzahl von Kommunikationsstörungen in den Gesprächen mit PatientInnen, weil *eine* fachliche Tätigkeit nicht gelehrt wird, das *ärztliche Gespräch*.

Literatur

- Adler, R. et al. (Hrsg.) (1990). *Psychosomatische Medizin*. 4., neubearb. u. erw. Aufl. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Basler, H.-D. et al. (1978). *Medizinische Psychologie II. Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brucks, U., Salisch, E. & Wahl, W.B. (1984). *Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patienten - unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten* (Abschlußbericht). Universität Hamburg, Psychologisches Institut.
- Cicourel, A. (1985). Doctor-Patient-Discourse. In: van Dijk, T. (ed.), *Handbook of Discourse Analysis*, Vol. 4. London: Academic Press, 193-202.
- Coulmas, F. (1981). *Routine im Gespräch*. Wiesbaden: Athenaion.
- Fehlenberg, D., Simons, C. & Köhle, K. (1982). Ansätze zur quantitativen Untersuchung ärztlicher Interventionen im Visitengespräch. In: Köhle, K. & Raspe, H.-H. (Hrsg.), *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München: Urban & Schwarzenberg, 232-248.
- Hein, N. et al. (1985). Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Wiener Linguistische Gazette*, Beiheft 4.
- Helmich, P. et al. (1991). *Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung*. Heidelberg: Springer.
- Köhle, K. & Joraschky, P. (1990). Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Adler, R. et al. (Hrsg.), 415-460.

- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Diskursanalytische Untersuchungen zum ärztlichen Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1988). Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. In: *Deutsche Sprache* 16, 167-191.
- Lalouschek, J., Menz, F. & Wodak, R. (1990). *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.
- Menz, F. (1991). *Der geheime Dialog. Institutionalisierte Verschleierung in der Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: Peter Lang.
- Mishler, E.G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- Parsons, T. (1958). Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: König, R. & Tönnemann, M. (Hrsg.), *Probleme der Medizinsoziologie*. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag, 16-37.
- Rehbein, J. (1986). Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: *Curare* 9/86, 297-328.
- Tewes, U. et al. (1978). *Medizinische Psychologie I. Psychologische Konzepte für die Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Waldenfels, B. (1991). Der Kranke als Fremder - Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Heidelberg: Asanger, 95-124.