

Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag

Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung

Johanna Lalouschek

veröffentlicht in dem Sammelband
Michael Becker-Mrotzek / Gisela Brünner (Hg.):
Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz
Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2004
ISBN 3 - 936656 - 12 - 6

<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>

Alle Rechte an der Online-Ausgabe vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Radolfzell 2004

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

Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung.

Johanna Lalouschek

Abstract

In diesem Beitrag wird ein bisher wenig beleuchteter Vermittlungsaspekt fokussiert: Nicht, was innerhalb von Kommunikationstrainings gelernt wird, sondern wie man im (beruflichen) Alltag selbst an der eigenen Gesprächskompetenz arbeiten kann. Dargestellt wird das Konzept eines Trainings zum kommunikativen Selbst-Coaching auf sprachwissenschaftlicher Basis und seine Entwicklung und Erprobung in der medizinischen Ausbildung: MedizinstudentInnen sollen dazu befähigt werden, die eigene Gesprächsführungskompetenz in Ausbildung und beruflichem Alltag selbständig zu überprüfen, zu überwachen und zu verbessern, und zwar unter Einsatz herkömmlicher und leicht anwendbarer Methoden der Gesprächsforschung. Das Trainingskonzept umfasst die Vermittlung eines „sprachwissenschaftlich basierten Handwerkszeugs“ zur selbständigen Dokumentation, Auswertung und Verbesserung der geführten Gespräche sowie die Entwicklung eines „Manuals zur Gesprächsführung“, das an die Erfordernisse und praktischen Möglichkeiten der TeilnehmerInnen angepasst und stufenweise veränderbar ist. Die Übertragbarkeit dieses Trainingskonzepts auf andere Berufsgruppen ist unproblematisch, da lediglich inhaltliche Anpassungen vorgenommen werden müssen, die Methode selbst unverändert bleibt.

1 Kommunikatives Selbst-Coaching und seine Vermittlung

Kommunikatives Selbst-Coaching bedeutet, dass Personen in der Lage sind, ihre eigene Gesprächsführungskompetenz in Ausbildung und beruflichem Alltag zu beobachten, zu überprüfen und zu verbessern, und zwar unter Einsatz herkömmlicher Methoden der Gesprächsforschung.

Ein *sprachwissenschaftlich basiertes Training* zum kommunikativen Selbst-Coaching soll dazu befähigen,

- in effizienter, ökonomischer und für die berufliche Praxis relevanter Art und Weise ein „Interaktionsproblem“, dem man nachgehen möchte, zu formulieren,
- die entsprechenden Gespräche und Interaktionsereignisse für eine linguistische Analyse zu dokumentieren und aufzubereiten,
- sich ein praktikables Analyseinstrumentarium anzueignen, das es ermöglicht, wiederkehrende effiziente und ineffiziente Strukturen auch in nur wenigen Gesprächen zu erkennen,
- alternative Gesprächsstrategien, Gesprächsformen und mögliche Lösungen zu entwickeln und auszuprobieren.

Die Prinzipien dieses Trainings entsprechen denen, die in Fiehler & Sucharowski (1992, 33f) für *diskursanalytische Kommunikationstrainings* generell dargestellt sind: Das Training ist empirisch, mikroskopisch, analytisch, dialogisch, alternativenorientiert und zyklisch. Darüber hinaus hat die Vermittlung von kommunikativem Selbst-Coaching aber noch eine Spezifik: Die TeilnehmerInnen sollen durch das Training befähigt werden, ihre Gesprächsführung von da an selbst zu evaluieren und kontinuierlich an ihr zu arbeiten.

Deshalb ist es das spezielle Ziel des Trainings, ein *gesprächsanalytisch basiertes „Handwerkszeug“* zu vermitteln, also ein leicht anwendbares Methodeninventar aus der empirischen Gesprächsforschung zur Aufnahme und Auswertung der geführten Gespräche. Im Zuge des Trainings wird zudem ein Manual mit „Ratschlägen & Tipps zur Gesprächsführung“ bereit gestellt, das exakt an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe angepasst ist. Praktische Anforderungen an die TeilnehmerInnen sind, jeweils ein im beruflichen Alltag selbst geführtes Gespräch mit KlientInnen, MitarbeiterInnen, KundInnen etc. auf Tonträger aufzuzeichnen, das Setting zu protokollieren, das Gespräch grob zu verschriften und sich analyseleitende Fragestellungen zur Gesprächsführung zu überlegen.

Das Training besteht im Prinzip aus folgenden *Schritten*:

1. Erläuterung des Seminarablaufes und des Trainingskonzepts
2. Erhebung des Vorwissens zur jeweiligen beruflichen Gesprächsführung
3. Dokumentation der Gespräche – Aufnahme und Verschriftung
4. Auswertung der Gespräche – Analysekatgorien und Analyseschritte
5. Optimierung – Entwicklung alternativer Gesprächsstrategien

Die *Ablaufstruktur* des Trainings kann flexibel an die konkreten Rahmenbedingungen der entsprechenden Institutionen bzw. Organisationen oder Betriebe und deren Aus- oder Fortbildungspraxis angepasst werden, also z.B. fortlaufend begleitend oder punktuell.

2 Ein Beispiel: Kommunikatives Selbst-Coaching in der klinischen Gesprächsführung

Im Folgenden möchte ich den inhaltlichen und organisatorischen Ablauf eines solchen Trainings detailliert am Beispiel der medizinischen Gesprächsausbildung darstellen.

Im Rahmen des *Modellstudiengangs Medizin der Universität Witten-Herdecke* wird das Projekt „Kommunikation, Wissenschaft und Ethik“ durchgeführt. Dieses Projekt hat zum Ziel, den angehenden ÄrztInnen neben den naturwissenschaftlichen Grundlagen, dem klinischen Wissen und den praktischen Fertigkeiten weitere Grundkompetenzen in den Bereichen Kommunikation und Wahrnehmung, Wissenschaftlichkeit und Methodologie sowie Medizinethik und Medizingeschichte zu vermitteln. Es geht hierbei weniger um einen zusätzlichen Unterricht in Spezialkenntnissen, sondern vielmehr darum, Perspektiven für die spätere medizinische Praxis zu öffnen und einen angemessenen und „reichen“ Blick auf den Menschen zu ermöglichen. Die genannten Bereiche durchziehen als studienbegleitende Ausbildungsstränge den sechsjährigen Modellstudiengang, für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung ist der Besuch von Veranstaltungen aus allen Bereichen erforderlich.

Im 4. Semester des Modellstudiengangs absolvieren die MedizinstudentInnen erstmals ein mehrwöchiges *Praktikum auf klinischen Stationen*, in dessen Rahmen sie den beruflichen Alltag einer Station kennenlernen sollen und u.a. auch selbständig Anamnesen (Erstgespräche) mit PatientInnen führen. Die *sprachwissenschaftliche Begleitung* soll – über die einzelnen Gespräche hinaus – die angehenden ÄrztInnen dazu befähigen, Gespräche mit PatientInnen zu dokumentieren und die Praxis der eigenen Gesprächsführung auszuwerten.

Die *Ablaufstruktur dieses Trainings* sieht eine Einführungsveranstaltung zu Beginn des klinischen Praktikums vor sowie zwei mehrstündige Auswertungssitzungen nach dessen Abschluss und nach Vorliegen der verschrifteten Anamnesen.

In der *Einführungsveranstaltung* wird das Konzept des kommunikativen Selbst-Coachings und das Ziel des Trainings erläutert und ein Brainstorming zum Vorwissen der Studierenden über ärztliche Gesprächsführung durchgeführt. Dann werden die notwendigen methodischen Instrumente zur Dokumentation der Anamnesen, also zur Aufnahme und Verschriftung, vermittelt.

In den *Auswertungssitzungen* wird anhand der verschrifteten Anamnesen die Methode der linguistischen Gesprächsanalyse eingeführt und geübt; darin eingeflochten wird gesprächsanalytisches Basiswissen zur Ablaufstruktur von Gesprächen und zu den Spezifika ärztlicher Kommunikation vermittelt. Ziel ist es, die angehenden ÄrztInnen in die Lage zu versetzen, effiziente und ineffiziente Interaktionsstrukturen zu erkennen und alternative Gesprächsstrategien oder andere, z.B. interaktionsexterne Lösungen zu entwickeln und auszuprobieren, und sie zu motivieren, diese Fertigkeiten in der weiteren Ausbildung und in ihrer späteren beruflichen Praxis auch einzusetzen.

2.1 Schritt 1: Erläuterung des Seminarablaufes und des Trainingskonzepts

Der Aufbau des Seminars entspricht dem *Aufbau einer empirischen Untersuchung*. Deshalb erfüllt die ausführliche Erläuterung des Seminarablaufes mehrere Funktionen: Erstens dient sie den Studierenden zur Orientierung über den zeitlichen und inhaltlichen Rahmen der Veranstaltung, zweitens dient sie dazu, das übliche methodische Vorgehen empirischer Gesprächsforschung zu verdeutlichen und es unmittelbar erfahrbar zu machen – mit dem Ziel, das, was man vermitteln möchte, gleichzeitig auch schon zu tun.

Ziele des Seminars

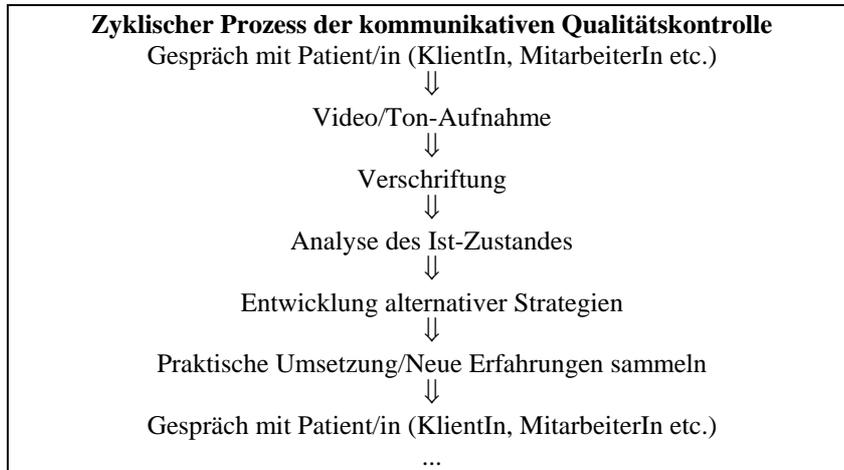
1. Evaluation der Anamnese-Technik
2. Vermittlung von Fähigkeiten für kommunikatives Selbst-Coaching

Schritte des Seminars

1. DOKUMENTATION DES IST-ZUSTANDES
Ton-Aufnahme, Gesprächsprotokoll, Verschriftung einer Anamnese
2. ANALYSE DES IST-ZUSTANDES
Formulierung relevanter Fragestellungen und Anwendung von Analyse-kategorien, Verallgemeinerung
3. HERSTELLUNG DES SOLL-ZUSTANDES
Erarbeitung und Erprobung von Alternativen und Optimierungsstrategien

Aufgrund des von der gesamten Ausbildungsplanung abhängigen Seminarablaufes gibt es keine Möglichkeit, die erarbeiteten Alternativen in der Gesprächsführung bzw. das neu erworbene Wissen in weiteren Anamnesen direkt umzusetzen und weitere und differenzierende Erfahrungen zu sammeln (vgl. dazu die kritischen Anmerkungen am Ende des Beitrags). Dieser – quasi 4. – Schritt ist für das kommunikative Selbst-Coaching in der Praxis natürlich von zentraler Bedeutung. Die Darstellung des vollständigen Prozesses einer kommunikativen Qualitätskontrolle und seiner Zyklizität behält diesen Schritt aber zumindest im Blickfeld (siehe Tab., S. 141).

Diese Informationen sind auf Flip-Charts festgehalten, so dass auf sie in den späteren Auswertungssitzungen an den relevanten Stellen Bezug genommen werden kann. Dies hält die Arbeit mit den Anamnesen so praxisrelevant wie möglich und hilft auch, die methodische Position einzelner Analyseschritte bewusst zu machen und den Prozess sukzessive zu internalisieren.



2.2 Schritt 2: Erhebung des Vorwissens zur klinischen Gesprächsführung

Für den Bereich „Kommunikation und Wahrnehmung“ des Modellstudien-gangprojekts werden in den ersten Semestern Übungen mit SimulationspatientInnen und Rollenspiele zur ärztlichen Kommunikation angeboten, aber auch Wahrnehmungspraktika und Einführungen in die klinische Anamnese und in die Kommunikationspsychologie. Dies bedeutet, dass die Studierenden des 4. Semesters sich zwar schon mit dem Thema Arzt-Patienten-Kommunikation auseinandergesetzt haben, aber üblicherweise noch über keine praktischen klinischen Erfahrungen verfügen. Diese Erfahrungen machen sie gerade in dem mehrwöchigen klinischen Praktikum, das von dem sprachwissenschaftlichen Training begleitet wird.

In einem einleitenden, gemeinsamen Brainstorming zur Frage „*Was ist eine gute Anamnese?*“ wird das bestehende Vorwissen der Studierenden zur Anamneserhebung ermittelt, das auch Aufschluss über deren Annahmen, Wertungen und internalisierte Normen bezüglich einer „richtigen“ ärztlichen Gesprächsführung gibt.

So zeichnet sich eine „gute Anamnese“ nach Einschätzung der Studierenden durch *Effizienz* aus, also dadurch, dass die Frageabfolge chronologisch erfolgt, rasch möglichst viel erhoben wird, keine unwichtigen Fragen gestellt werden, ein früher Fokus auf das Kernproblem gesetzt wird und man schnell zu einem „gezielten Ergebnis“ kommt. In diesen Formulierungen verbergen sich eine ganze Reihe wenig konkreter oder ungeklärter Bedeutungen wie „unwichtig“, „schnell“, „möglichst viel“ oder „gezielt“, die in der konkreten sprachlichen Umsetzung Probleme aufwerfen.

Diesem Anspruch an Effizienz steht ein *Anspruch an Patientenorientiertheit* gegenüber: Eine „gute Anamnese“ zeichnet sich auch dadurch aus, eine

vertrauensvolle, offene Atmosphäre herzustellen, den PatientInnen ausreichend Raum für ihre Erzählungen, Fragen und Bedürfnisse zu geben, ihnen aufmerksam zuzuhören, und sich einen Gesamtüberblick über sie als individuelle Personen zu verschaffen. Dieser Anspruch an Patientenorientiertheit erfordert schon beim ersten Hinsehen völlig andere sprachliche Handlungen als der Anspruch an Effizienz.

Und so gehört es, nach Einschätzung der Studierenden, auch zu einer „guten Anamnese“, die Problematik dieser vielfältigen und *widersprüchlichen Anforderungen* sprachlich bewältigen zu können. Also z.B. erfolgreiche Strategien der Einschränkung zur Verfügung zu haben, wenn PatientInnen viel und ausführlich erzählen oder ihnen, selbst wenn Zeitnot herrscht, das Gefühl zu vermitteln, dass sie individuell wahrgenommen werden und dass das Gespräch dennoch effizient und qualitativ ausreichend ist. Und schließlich und endlich macht auch eine angemessene Realisierung der *ärztlichen Expertenrolle* eine „gute Anamnese“ aus, also die Fäden des Gesprächs in der Hand zu behalten, das Befindens- oder Krankheitsproblem rasch und sicher zu erkennen und fachliche Kompetenz zu zeigen.

Die *Funktion dieser Explizierung* ist es auch, den Studierenden Raum zu geben, die beträchtlichen und selten reflektierten oder problematisierten Widersprüche im Hinblick auf die Anforderungen an eine gleichermaßen effiziente wie patientenorientierte ärztliche Gesprächsführung festzuhalten und zu verdeutlichen. Denn diese hohen Anforderungen liegen dem Modellstudiengang Medizin konzeptionell zu Grunde und stehen den Studierenden mehr oder weniger bewusst als Lernaufgabe vor Augen. In den Auswertungssitzungen können diese – auf Flipchart festgehaltenen – Punkte bei geeigneten Gesprächsstellen oder Lösungsüberlegungen aufgegriffen und in ihrer Realisierbarkeit und/oder Widersprüchlichkeit anschaulich gemacht und diskutiert werden. Damit dient das Training zum kommunikativen Selbst-Coaching auch zur *Reflexion der internalisierten Normen* der Gesprächsführung.

2.3 Schritt 3: Dokumentation der Anamnesen – Aufnahme und Verschriftung

Der dritte Schritt des Trainings besteht in der praxisgerechten Vermittlung methodischer Instrumente zur Dokumentation eines selbständig geführten Anamnesegesprächs mittels

- *Ton-Aufnahme* (Kassette, Minidisk),
- Erstellung eines ausführlichen *Gesprächsprotokolls* und
- Herstellung eines *Basis-Transkripts*.

Dazu sind *Lernmaterialien* entwickelt worden, die den Studierenden dann im Verlauf des Praktikums zur Verfügung stehen. Besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, den genauen Zweck der einzelnen methodischen Schritte zu verdeutlichen und auf vorteilhafte Nebeneffekte und langfristige Lerneffekte hinzuweisen.

So ist die Funktion eines ausführlichen *Gesprächsprotokolls* natürlich die, die jeweiligen Gesprächsbedingungen wie Ort, Zeitpunkt, TeilnehmerInnen und persönliche Einschätzungen und Eindrücke aktuell festzuhalten. Ein solches Gesprächsprotokoll kann bei der nachfolgenden Auswertung aber auch als wichtige Gedächtnisstütze fungieren, die erste, spontane Einschätzung des Gesprächsverlaufs mit dem Ergebnis der Verschriftung und Analyse zu kontrastieren und ggf. zu differenzieren. Die Anfertigung von Gesprächsprotokollen kann aber auch helfen, die Wahrnehmung für Gesprächssituationen zu schärfen und Personen und situative Umstände bewusster und deutlicher zur Kenntnis zu nehmen. Ökonomischerweise bietet es sich an, dieses Gesprächsprotokoll im Anschluss an das Gespräch direkt in das Aufnahmegerät zu sprechen und es mit der Gesprächsverschriftung schriftlich festzuhalten.

In ähnlicher Weise wird die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit von *Transkriptionen* dargestellt, da diese ihrer Genauigkeit wegen erfahrungsgemäß zuerst als zu aufwändig und zu kompliziert bewertet werden. Die Funktion von Transkriptionen wird mit dem Bild einer „Landkarte“ von Gesprächen verdeutlicht, die ein Gebiet grafisch abbildet und die Orientierung bietet und ausschnittsweise wie mit Zoom näher herangeholt werden kann. Dazu ist die mehr oder weniger vollständige Erfassung des gesamten „Gebietes“ erforderlich, also aller Interaktionsphänomene, wie z.B. Hörsignale oder Unterbrechungen. Anhand einiger Transkriptionsbeispiele aus einem ärztlichen Gespräch wird die interaktive Funktionalität solcher gerne „vernachlässigter“ Phänomene illustriert. Mit diesen Beispielen wird – quasi als Nebeneffekt – auch schon die Methode des Gesprächsanalyse (induktiv) eingeführt und auf einige interessante Interaktionsprozesse in ärztlichen Gesprächen aufmerksam gemacht.

In diesem Zusammenhang wird auf einen wichtiger *Lerneffekt* beim Verschriften der eigenen Gespräche hingewiesen: Durch die Herstellung eines Transkripts kann man das eigene Gesprächsverhalten genau kennen lernen und Sensibilität und Wahrnehmung in Bezug auf die eigenen Gesprächsführungstechniken erhöhen, was sich auf alle weiteren Gespräche günstig auswirken kann.

Für die Verschriftung der Anamnesen wird ein vereinfachtes Transkriptionssystem zur Erstellung eines sogenannten *Basis-Transkripts* bereitgestellt, mit dem alle üblicherweise relevanten Kategorien der Gesprächsproduktion, also Pausen, grobe Intonationsverläufe, Betonungen und gleichzeitiges Sprechen erfasst werden können. Die Arbeitsunterlagen enthalten neben den Transkriptionskonventionen alle weiteren notwendigen Hinweise zum Layout, zum Datenschutz, ein ausführliches Transkriptionsbeispiel, Tipps zum praktischen und ökonomischen Vorgehen beim Verschriften, aber auch eine kurze Darstellung der methodischen Unterschiede zu nachträglich angefertigten Gedächtnisprotokollen oder Mitschriften während der Anamnesen.

Im Verlauf des Seminars zeigte sich, dass der Vorgang des Verschriftens von den Studierenden nicht als zu aufwändig oder zu kompliziert empfunden

wurde, sondern im Gegenteil als interessante Aufgabe; die Qualität der Verschriftungen der Anamnesen war durchweg ausgezeichnet.

2.4 Gesprächsanalytische Konzepte zur klinischen Gesprächsführung

Bevor ich auf die Darstellung der Analyseschritte des Trainings eingehe, möchte ich die wichtigsten *gesprächsanalytischen Konzepte zur klinischen Gesprächsführung* bei der Anamneseerhebung darstellen, um diesen Prozess besser nachvollziehbar zu machen:

Eine *Anamnese besteht als Gespräch* aus mehreren Teilen, die unterschiedliche Funktionen für ÄrztInnen und PatientInnen erfüllen. Diese qualitativ unterschiedlichen Gesprächsteile stellen gänzlich unterschiedliche Anforderungen an die ärztliche Gesprächsführung. Für einen effizienten Gesprächsablauf müssen die Wechsel und Übergänge durch entsprechende sprachliche Handlungen deutlich gemacht werden.

Diese *Gesprächsteile* sind neben der eigentlichen Anamnese der *Gesprächsbeginn* mit Gesprächseröffnung, Begrüßung, Vorstellung und gemeinsamer Orientierung über den Gesprächszweck und die geplanten Gesprächsschritte und das *Gesprächsende* mit abschließender Nachfragemöglichkeit, Orientierung über die nächsten folgenden (Behandlungs-)Schritte und der Gesprächsbeendigung. Darin eingebettet findet wie gesagt die *eigentliche Anamnese* statt, die selbst aus mehreren unterschiedlichen Abschnitten besteht.

Der *darstellungsorientierte Abschnitt* der Anamnese dient der Schilderung der aktuellen Beschwerden durch die PatientInnen. Seitens der ÄrztInnen/StudentInnen ist er durch offen formulierte Erzählaufforderungen geprägt, seitens der PatientInnen, denen hier die Gestaltung des Gesprächsablaufs obliegt, durch erzählende Aktivitäten. Die ÄrztInnen/StudentInnen befinden sich vor allem anfangs verstärkt in der Rolle der Zuhörenden, ohne dass sie ihre prinzipielle gesprächsstrukturierende Rolle aufgeben, die sie auf Grund ihrer Position als ExpertInnen und Behandelnde einnehmen. Sie haben die Aufgabe, die Darstellungen der PatientInnen durch Hörersignale, vertiefende Nachfragen und Klärungen interaktiv zu stützen, erst gegen Ende gezielt noch fehlende Informationen einzuholen und das Gesamtbild schließlich gemeinsam mit den PatientInnen abzustimmen. Der gesamte darstellungsorientierte Abschnitt ist inhaltlich wie gesprächsorganisatorisch schwach vorstrukturiert.

In den *frageorientierten Abschnitten* der Anamnese geht es um die Erhebung der Vorgeschichte der PatientInnen, also um Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen und Operationen, um den aktuellen Gesundheitszustand sowie um die Erfassung der persönlichen Daten. In diesen Abschnitten liegt die interaktive Gestaltung vor allem bei den ÄrztInnen/StudentInnen, indem sie die jeweiligen thematischen Bereiche durch vorwiegend geschlossene Fragen und Entscheidungsfragen mit Antwortvorgaben abarbeiten. Die gesprächsorganisatorische Aufgabe der ÄrztInnen/StudentInnen ist es, dieses ihnen rou-

tinemäßig „im Kopf“ zur Verfügung stehende Gesprächsablaufschemata für die PatientInnen transparent zu machen, d.h. jeden Unterabschnitt mit einer entsprechenden kurzen und verständlichen Standardformulierung einzuführen, so dass den PatientInnen die Fragen nicht wie beliebige Themensprünge erscheinen. Diese inhaltlich zum großen Teil standardisierten Fragen führen in diesen Abschnitten üblicherweise zu einer interviewartigen Abfolge von Frage-Antwort-Sequenzen. Zu beachten ist hier, dass das Routinemäßige dieser Abschnitte nicht zu „routinemäßigem Fragen“ verführt, also zu verkürzten, verdichteten oder suggestiven Frageformulierungen, die ein angemessenes und differenziertes Antworten erschweren. Diese Abschnitte sind per definitionem gesprächsorganisatorisch stark vorstrukturiert.

Die von ÄrztInnen so oft geforderte *Gesprächsökonomie* und die *Beachtung dieser Ergebnisse bzw. Forderungen* stehen in direktem und positivem Zusammenhang: Auf den ersten Blick scheint es in einem ohnehin überlasteten beruflichen Alltag nur ein weiteres Mehr an zeitlichem und persönlichem Aufwand zu bedeuten, ausreichende globale und lokale Orientierungshandlungen über Gesprächszweck und Gesprächsverlauf zu geben, das Gespräch explizit zu strukturieren, eindeutige Erzähl„räume“ für die PatientInnen zu schaffen, gemeinsame Abstimmungen durchzuführen und gut verständliche und eindeutige Formulierungen zu verwenden. Bei genauerer Betrachtung sorgt jedoch gerade diese Aufmerksamkeit und der bewusste und gezielte Einsatz solcher sprachlichen Handlungen für Klarheit und Nachvollziehbarkeit – und zwar für beide GesprächsteilnehmerInnen; d.h., sie fördern Verständlichkeit, zusammenhängende Schilderungen, spezifische Antworten und damit eindeutige, transparente und reibungslose Gesprächsverläufe. Eine *Missachtung dieser Grundbedingungen*, also z.B. Gesprächsteile zu übergehen, PatientInnen mangelhaft oder gar nicht zu orientieren oder auch die eigentliche Erzählphase durch Fragen stark zu steuern und eng zu kontrollieren, wirkt sich *immer* interaktionsstörend aus, denn sie fördert Missverständnisse, unspezifische oder wiederholte Darstellungen, Unterbrechungen oder einander behindernde Gesprächsinteressen, die allzuoft in komplizierten, ineffizienten und unbefriedigenden Gesprächsverläufen enden. Eine solche Missachtung beruht auf der *falschen Annahme*, eine effizientere und ökonomischere Kommunikation mit PatientInnen ließe sich am besten durch Verkürzung, Komprimierung und Reduktion der Patientenorientierung erreichen.

Das Verständnis für diese Zusammenhänge und die Beachtung der Grundbedingungen im Gespräch mit den PatientInnen führt – quasi von selbst – zu einer *Veränderung der ärztlichen Gesprächsführung*, ohne dass eine Vielzahl von einzelnen Kommunikationsregeln „eintrainiert“ werden müsste. Gemeinsam mit der praktischen gesprächsanalytischen Übung an unterschiedlichen Anamnesen kommt es zu einem wachsenden Verständnis für die unterschiedliche situative Angemessenheit von sprachlichen Handlungen und zu einer Sensibilisierung für interaktive Prozesse und Wirkungszusammenhänge. Diese Aufmerksamkeit für die Gesprächsprozesse, für die notwendigen und berech-

tigten Orientierungs- und Informationsansprüche der PatientInnen und für die Notwendigkeit ihrer Einbindungen in die Gesprächsgestaltung und den Gesprächsablauf geht langfristig mit der Einnahme einer *patientenorientierten ärztlichen Haltung* einher – ebenfalls ohne dass diese noch „extra“ gelehrt werden müsste. Damit steigt nicht nur die Effizienz der Gespräche, sondern auch die *Qualität der Beziehung* zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

2.5 Schritt 4: Auswertung der Anamnesen – Analyseschritte und Optimierung

Nach Beendigung des Praktikums und Vorliegen der Verschriftungen erfolgt eine gemeinsame Auswertung der Anamnesen auf der Basis ausgewählter linguistischer Kategorien. Die Auswertung erfolgt in Schritten, die geeignet sind, sich sowohl die Methode der *sequenziellen Gesprächsanalyse* im Wesentlichen anzueignen und praktisch zu erproben als auch *gesprächsanalytisches Basiswissen* zu Konstruktionsmechanismen und Ablaufstrukturen von Gesprächen und zu den *Spezifika ärztlicher Kommunikation* zu erwerben.

Besonderes Augenmerk wird auf folgende Punkte gelegt: Auf die Frage- und Problemstellungen, die von den Studierenden zu ihren eigenen Anamnesen schon festgehalten wurden, auf die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse der Einzelgesprächsanalysen (Fallanalysen) und auf die Entwicklung und Erprobung alternativer Strategien der Gesprächsführung. Denn dies sind die Punkte, um die es in der *späteren beruflichen Praxis* geht: Das Erkennen effizienter oder ineffizienter Interaktionsstrukturen, die Formulierung des „Interaktionsproblems“, dem nachgegangen werden soll, das Wiedererkennen des Allgemeinen im Besonderen, also das rasche Finden des wiederkehrenden Problems auch in nur einzelnen Gesprächen, sowie die Entwicklung und Beurteilung von alternativen Gesprächsstrategien oder aber auch interaktionsexternen Lösungen, wie z.B. die Veränderung von bestehenden organisatorischen Abläufen.

Nun zum *Ablauf der Auswertungssitzungen* im Einzelnen: Die Analyse der *ersten Anamnese* erfolgt gemeinsam in der *Großgruppe*, gearbeitet wird mit der Aufnahme und dem Transkript. Die *Interaktionsphänomene*, die durch spontane Thematisierung der Studierenden und später auch durch entsprechende Hinweise der Trainingsleiterin in Erscheinung treten, werden zuerst gesammelt, dann grob systematisiert. „Je nach Bedarf“ wird entsprechendes *linguistisches Input* anhand auf- und vorbereiteter Unterrichtsmaterialien vermittelt: Input zu den allgemeinen gesprächsanalytischen Bereichen wie z.B. „Gesprächszweck, Gesprächsstruktur und Gesprächsabschnitte“, „Fragetypen und Frage-Antwort-Sequenzen“ und „Mechanismen der interaktiven Prozessierung/Bearbeitung von Äußerungen“, oder Input zum speziellen Bereich ärztliche Kommunikation und Anamneseerhebung, wie z.B. „Ablaufstruktur von Anamnesen und ärztliche Gesprächskontrolle“, „Arzt/Patienten-Rollen und interaktive Ressourcen“ oder „Orientierungshandlungen und Gesprächsökonomie“.

Diesen gemeinsamen Bearbeitungsprozess möchte ich an einigen Beispielen aus einer Anamnese veranschaulichen. Das Gespräch wird von einem Studenten (SM) geführt, es findet im Arztzimmer einer chirurgischen Abteilung statt, die Patientin (PW) wurde von der Ambulanz überwiesen und hat vermutlich eine Blinddarmentzündung.

Beispiel Gesprächsbeginn, Gesprächszweck und Orientierung

02 SM: un:d ich fang jetzt dann einfach mit der Befragung an. - ok. Ihr Name is?

Analyse: Der Student kommentiert zwar sein beabsichtigtes Tun („*ich fang jetzt ... an*“), der Gesprächszweck wird für die Patientin so aber nicht verdeutlicht. Der Ausdruck „*Befragung*“ engt die folgende Interaktion auf eine spezifische, eigentlich nicht intendierte Gesprächsform ein. Es fehlt eine gemeinsame einleitende Orientierungsphase.

Bearbeitung: Hier erfolgt Input zur interaktiven Gestaltung des Gesprächsbeginns, also zur Gesprächseröffnung, zur Einleitung einer gemeinsamen Orientierungsphase und zur Verdeutlichung des Gesprächszwecks für die Patientin, weiters wird auf den Unterschied zwischen Beginn des Gesprächs/der Interaktion und Beginn der Anamnese aufmerksam gemacht.

Beispiel Einleitung des darstellungsorientierten Anamneseabschnitts

12 SM: gut. Wenn Sie mir dann vielleicht als erstes einfach mal von: Ihren Haupt=
13 SM: beschwerden erzählen. Weshalb sind Sie heute in die Klinik gekommen.
14: PW: ja: äh vielleicht fang ich am Anfang an? Das vor vor einigen Wochen äh
15 PW: fing es mit Bauchschmerzen an ähm die ich erst nicht erklären konnte. (...)

Analyse: Die einleitende Aufforderung zur Beschwerdendarstellung (12-13) ist erzählungsfördernd und mittels offener Frage formuliert. Die Qualität dieser Erzählaufforderung zeigt sich in der Reaktion der Patientin, die zu einer ausführlichen Schilderung ansetzt.

Bearbeitung: Hier erfolgt Input zur linguistischen Unterscheidung zwischen erzählungsfördernden und -unterbindenden Fragen, zur speziellen interaktiven Qualität des darstellungsorientierten Abschnitts von Anamnesen und vor allem zur Verdeutlichung der gesprächsführenden Rolle der PatientInnen.

Beispiel Frageaktivität und Interaktionsrollen

Ein weiteres Beispiel aus der Beschwerdendarstellung veranschaulicht den Rollenwechsel der Patientin von der Rolle der Erzählenden zur Rolle der Antwortenden, ausgelöst durch die spezifischen Frageformulierungen des gesprächsführenden Studenten.

19	PW:	also dass es wirklich in der Seite zieht und vor allem jetzt im Leistenbereich.
20	SM:	mhm. und wo? rechts oder links?
21	PW:	rechts.
22	SM:	mhm. und haben Sie noch irgendwas ähm, also haben Sie sich fiebrig
23	SM:	beispielsweise gefühlt? [oder
24	PW:	[ja genau.

Analyse: Nach der Entscheidungsfrage „*rechts oder links?*“ (20) verbleibt die Patientin in der Rolle der Antwortenden und es entwickelt sich nachfolgend eine längere Frage-Antwort-Sequenz. Die Weiterführung der Beschwerdendarstellung durch die Patientin ist ausgesetzt. Das Interessante an diesem Prozess ist die Geschwindigkeit und vor allem Unauffälligkeit, in der er sich vollzieht.

Bearbeitung: An dieser Stelle wird die interaktive Bedeutung und Wirkungsweise von Nachfragen in Erzählungen und Beschwerdenschilderungen verdeutlicht und der Unterschied zwischen patientengeleiteten und wissensgeleiteten Fragen dargestellt. Dann wird die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass mit jeder sprachlichen Handlung auch eine Rollenzuweisung an das Gegenüber erfolgt, so dass man eine gewisse Sensibilität dafür entwickeln muss, welche Rolle man dem Patienten/der Patientin lokal zuweist bzw. zuweisen will: die Rolle des/der Erzählenden oder die Rolle des/der Antwortenden. Solche Sequenzen eignen sich ganz generell gut zur Reflexion von Arzt- und Patientenrolle und ihren jeweiligen unterschiedlichen interaktiven Handlungsmöglichkeiten in der Institution Krankenhaus oder Arztpraxis.

Beispiel Übergang zum frageorientierten Anamneseabschnitt

49	PW:	also ich kann es nur so also von der rechten Seite. – meine Schwester
50	PW:	hatte sowas auch mal.
51	SM:	mhm. – dann ähm – nochn paar andre Fragen? und zwar – ähm haben
52	SM:	Sie irgendwelche Allergien?

Analyse: Der Student macht hier nicht ausreichend deutlich, dass es sich mit „*nochn paar andre Fragen?*“ (51) um den Übergang vom darstellungsorientierten Anamneseabschnitt zum frageorientierten handelt, zudem orientiert er die Patientin auch nicht darüber, warum an dieser Stelle das Thema „Allergien“ (52) inhaltlich relevant wird.

Bearbeitung: Hier erfolgt Input zur spezifischen und unterschiedlichen interaktiven Qualität der frageorientierten Anamneseabschnitte und Input zu den sprachlichen Möglichkeiten, Abschlüsse und Übergänge für den Gesprächspartner, der nicht über das geplante „Anamneseablaufmuster im Kopf“ verfügt, deutlich zu kennzeichnen. An dieser Stelle kann gemeinsam überlegt werden, welche Konsequenzen es für die Beziehungsgestaltung hat, solche sprachlichen

Handlungen, die die PatientInnen stärker am Gesprächsverlauf beteiligen, zu setzen oder zu unterlassen.

Beispiel Standardformulierungen und Frage-Antwort-Sequenzen

Nach der Beantwortung der Frage nach den Allergien setzt der Student mit einem weiteren Teil des frageorientierten Anamneseabschnittes fort:

57 SM: gut. <SM blättert in den Unterlagen> Dann ma frag ich jetzt einfach nochmal
58 SM: ein paar andere Sachen die dann hier drin stehn, ähm vorbestehende Erkrankungen?
59 SM: kungen? Haben Sie da irgendwas? Also dass Sie: - Kinderkrankheiten? oder
60 SM: welche Kinderkrankheiten hatten Sie?
61 PW: oh - da muss ich nachdenken, - also so was wie Keuchhusten? zählt das dazu?

Analyse: Die Frageeinleitung ist diffus und unorganisiert, zudem erfolgt innerhalb der Fragesequenz ein Themenwechsel von „vorbestehenden Erkrankungen“ zu „Kinderkrankheiten“. In dieser verwirrenden Formulierungstätigkeit zeigt sich natürlich die noch mangelnde Routine des Studenten.

Bearbeitung: Hier kann deutlich gemacht werden, dass es sehr zur Gesprächsökonomie beiträgt, sich für diese routinemäßig in jeder Anamnese vorkommenden Themenbereiche, wie Kinderkrankheiten, frühere Erkrankungen, Operationen, schwere Krankheiten in der Familie etc., auch jeweils klare und verständliche Standardformulierungen zu überlegen.

Beispiel Verkürzungen

Das Routinemäßige dieser Abschnitte verführt immer wieder zu Verkürzungen, die sich interaktiv verkomplizierend auswirken:

81 SM: dann: ähm Medikamente? Haben Sie in letzter Zeit irgendwelche
82 SM: Medikamente eingenommen? Oder so Kopfschmerztabletten? ASS
83 SM: jetzt gegen das Fieber oder?

Analyse: Der Student geht von der allgemeinen Frage zur Medikamenteneinnahme schnell zu bestimmten Schmerzmitteln über, ohne der Patientin ausreichend Zeit zum Antworten zu geben.

Bearbeitung: Hier erfolgt weiterer Input zu den interaktiven Bedingungen von Frage-Antwort-Sequenzen und speziell zu „Trichterfragen“, also Fragebatterien, die rasch in geschlossene Fragen münden, und zu Suggestivfragen, die die präferierte oder antizipierte Antwort schon vorgeben.

Beispiel Gesprächsende

158	SM: dann schau ich nochmal ob ich irgendwas wichtiges vergessen hab?
159	<Papier raschelt> <11 sec>
160	SM: ne:. dann würden wir jetzt eigentlich weitermachen mit der Untersuchung.

Analyse: Der Student beendet die Anamnese, indem er die entsprechende Prüfung seiner Unterlagen kommentiert (158), und orientiert die Patientin über den nächsten Schritt, die anstehende körperliche Untersuchung. Diese Orientierungshandlung ist im Prinzip gut, die Formulierung im Detail ist bearbeitungswürdig. Was jedoch fehlt ist, auch der Patientin am Ende der Anamnese ebenfalls explizit eine Nachfragemöglichkeit anzubieten.

Bearbeitung: Hier erfolgt Input zur interaktiven Gestaltung des Gesprächsendes, also zur expliziten Formulierung des Abschlusses, Anbieten von Nachfragemöglichkeiten und Orientierung über den nächsten Schritt, weiters wird auf den Unterschied zwischen Ende des Gesprächs/der Interaktion und Ende der Anamnese aufmerksam gemacht.

Daran anschließend erfolgt die gemeinsame Bearbeitung einer *zweiten Anamnese*. Hier liegt der Schwerpunkt schon auf dem Wiedererkennen von interaktiven Phänomenen und ihren Varianten sowie auf der Vertiefung von linguistischem Wissen. Besonders aufschlussreich für die Studierenden ist es, unterschiedliche sprachliche Realisierungen für ähnliche Interaktionsaufgaben zu vergleichen und einzuschätzen.

Beispiel Unterschiedliche sprachliche Realisierungen gleicher Interaktionsaufgaben

So realisiert die Studentin (SW) den Wechsel vom darstellungsorientierten zum frageorientierten Abschnitt ihrer Anamnese mit einer sehr jungen Patientin (PW) folgendermaßen:

23	SW: gut. Dann werde ich dich nachher noch mal abhören, und dann stelle ich
24	SW: dir jetzt noch ein paar allgemeiner Fragen, und zwar ob du sonst irgend
25	SW: welche Krankheiten schon mal gehabt hast?

Die Studentin macht explizit, dass hier ein Wechsel im Gespräch stattfindet: Sie orientiert die Patientin über die nun kommenden Gesprächs- und Untersuchungsschritte und markiert, dass es um andere, „allgemeinere“ Fragen gehen wird.

Der Vergleich unterschiedlicher sprachlicher Realisierungen vergleichbarer Interaktionsaufgaben ist schon der erste Schritt zur Entwicklung alternativer Gesprächsstrategien.

Beispiel Bearbeitung eigener Frage- und Problemstellungen

An geeigneter Stelle wird ausführlich auf die jeweiligen Frage- und Problemstellungen der anamneseführenden Studierenden eingegangen. Dieselbe Studentin hatte ihren Hang zu suggestiven Fragetechniken als Problem formuliert. Gemeinsam wurden entsprechende Stellen im Transkript gesucht und besprochen. Dazu ein Beispiel:

12 SW: und nachts hast du das schlimmer? Oder ist, kannst du nachts gut schlafen,
13 SW: weil du keinen Husten hast?

Suggestivfragen zeichnen sich dadurch aus, dass präferierte oder antizipierte Antworten mit der Formulierung der Frage schon vorgegeben werden. Das Beispiel macht zuerst deutlich, dass die Frageformulierungen der Studentin eigentlich Batterien von Entscheidungsfragen mit einem gewissem suggestivem Charakter sind: „*hast du das schlimmer?*“, „*gut schlafen?*“, „*keinen Husten?*“. Danach zeigt sich, dass diese Art der sprachlichen Realisierung von Fragen einen gleichermaßen hohen wie effizienten Formulierungsaufwand bedeutet, da viele vermutete oder wahrscheinliche oder angenommene Inhalte mitformuliert werden müssen, die die Patientin direkt viel einfacher darstellen könnte. Diese Strategie lenkt zudem nicht nur von der Aufmerksamkeit auf die Patientin ab, sondern kann u.U. komplizierte Aushandlungs- oder Rechtfertigungssequenzen auslösen, wenn die vorgeschlagenen Inhalte nicht zutreffen. In einem weiteren Schritt werden Überlegungen zur versteckten Funktionalität dieser Fragetechnik angestellt. So zeigt sich im Falle dieser Studentin auch, dass hinter dem hohen Formulierungsaufwand auch der Wunsch steht, der Patientin ihr persönliches Bemühen um sie zu verdeutlichen. Dieses Bemühen kann jedoch effizienter durch andere interaktive Handlungen wie offenes Fragen und aufmerksames Zuhören vermittelt werden.

Wie dieses Beispiel zeigt, kann die Arbeit mit eigenen Transkripten wichtige *Seiteneffekte* entwickeln: Sie kann dabei helfen, sich des eigenen Gesprächsverhaltens, funktionaler wie dysfunktionaler Techniken und sprachlicher Realisierungen bewusst zu werden, die weit über die reine Anamneseerhebung hinausgehen.

2.6 Die Eckpfeiler einer praktikablen Gesprächsanalyse

In einer ersten Zusammenfassung werden die *Eckpfeiler einer Gesprächsanalyse* festgehalten, so wie sie im Rahmen des weiteren Studiums oder eines zukünftigen beruflichen Alltags praktikabel erscheinen:

- *Gesprächszwecke und Gesprächsverlauf*: Bestimmung von Gesprächszweck und entsprechendem Gesprächsverlauf und Bestimmung von einzelnen Gesprächsabschnitten

- *Orientierungshandlungen*: Feststellung entsprechender lokaler und globaler Orientierungshandlungen bzw. deren Fehlen; z.B. globale Orientierungen zu Gesprächsbeginn und -ende, lokale Orientierungen beim Wechsel von einem Gesprächsabschnitt zu einem anderen
- *Interaktionsverhalten von Arzt/Ärztin*: Realisierungstypen von Fragen und/oder Erzählaufforderungen, interaktive Bearbeitung von Patienten-Äußerungen, gemeinsame Abstimmung der erhaltenen Informationen mit PatientInnen, Rollengestaltung (Expertenrolle, Sprecher- und Zuhörerrolle)
- *Interaktionsverhalten von Patient/Patientin*: Art der Bezogenheit auf das ärztliche Gesprächsverhalten (reaktiv/initiativ), Darstellung der Hauptbeschwerde, Rollengestaltung (Laienrolle, Sprecher- und Zuhörerrolle)
- *Eigene Frage- oder Problemstellung* bearbeiten

2.7 Schritt 5: Optimierung – Entwicklung alternativer Gesprächsstrategien

An einzelnen Gesprächsstellen werden gemeinsame Überlegungen zu Umformulierungen oder alternativen Gesprächsstrategien angestellt und in kurzen Rollenspielen ausprobiert. Wie sich zeigt, greifen in der praktischen Arbeit die Schritte 4 und 5 immer ineinander. Je nach Fortschritt der Analysen ist es sinnvoll, den Schritt der Optimierung zurückzustellen oder lokal gleich zu bearbeiten. Besonders geeignet für die Entwicklung von alternativen Gesprächsstrategien sind Gesprächsanfang und -ende sowie die Einführung von Anamneseabschnitten und die Gestaltung der Übergänge zwischen ihnen.

Beispiel Überleitung zum darstellungsorientierten Anamneseabschnitt

Die Studentin (SW) erhebt die Personaldaten einer Patientin (PW), die das erste Mal in die ärztliche Praxis kommt, dann beginnt sie mit dem darstellungsorientierten Abschnitt:

- 09 SW: Ihr Familienstand?
 10 PW: ich bin ledig.
 11 SW: ähm: dann: weswegen sind Sie denn heute bei uns?
 12 PW: also ich hab Beschwerden in der Magengegend, äh und es geht dabei vor
 13 PW: allm um Appetitlosigkeit. Also ich kann zur Zeit nicht anständig essen.
 14 PW: Außerdem hab ich Bauchschmerzen.
 15 SW: wo?

Die Frage nach den aktuellen Beschwerden (11) fügt sich fast nahtlos in die vorangegangenen Fragen nach den Personaldaten, ist dabei interaktiv aber von völlig anderer Qualität: Die Patientin soll nicht knapp antworten, sondern ihre aktuellen Beschwerden darstellen. Das Transkript zeigt, dass der Wechsel von einem Anamneseabschnitt zum anderen für die Patientin nicht deutlich ist. Wichtiges Indiz dafür ist die stichwortartige Darstellung ihrer Magenbeschwer-

den (12-14): Sie nennt relativ kurz die diagnostisch aufschlussreichen Symptome wie Appetitlosigkeit und Bauchschmerzen, aber es kommt zu keiner umfangreichen und besser nachvollziehbaren Schilderung. Um eine solche Beschwerdendarstellung zu evozieren, ist die Realisierung einer expliziteren Orientierung und Erzählaufforderung notwendig, z.B. „Gut. Jetzt möchte ich gerne, dass Sie mir genau erzählen, weswegen Sie heute zu uns gekommen sind.“

Beispiel Feinoptimierung einer gelungenen Formulierung

Mit fortschreitender Klärung und Übung kann man sich an die Optimierung von im Prinzip gelungenen Formulierungen wagen, um die Sensibilität und Aufmerksamkeit für die Wirkung unterschiedlicher Äußerungen zu erhöhen.

03 SM: mein Name ist XX, ich bin Medizinstudent – und ich mach jetzt grade
04 SM: ein Praktikum hier in der Praxis, und wenn Sie nix dagegen ham dann würd
05 SM: ich gern – Ihnen schon mal ein paar Fragen stellen bis der Arzt kommt.
06 PW: ja, okay.

Dem Studenten gelingt die einleitende Orientierung der Patientin über seine Funktion sehr gut. Die Formulierung „*ein paar Fragen stellen bis der Arzt kommt*“ (05) ist jedoch nur eine scheinbare Weiterführung dieser Orientierungshandlung. Sie ist so ambig, dass der Patientin die Bedeutung des Gesprächs mit ihm nicht klar werden kann: Ist es Teil der Anamnese, die dann dem Arzt zur Verfügung gestellt wird und damit echter Teil ihrer Behandlung oder befasst sich der Student lediglich aus Gründen des Lernens mit ihren Symptomen. Der vergleichsweise einfache Hinweis zur Verbesserung solcher unklarer oder mehrdeutiger Formulierungen ist, zuvor sich selbst klar darüber zu werden, was man tut und wozu es dient, und dieses den PatientInnen dann verdeutlichen.

Der Fokus dieser Bearbeitungen liegt dabei immer darauf, auf die entsprechenden interaktiven Wirkungen und Konsequenzen der Veränderungen zu achten, sich der Komplexität und der lokalen und kontextuellen Gebundenheit von Interaktion bewusst zu werden und die deshalb nur bedingte Einsetzbarkeit von „speziellen Gesprächsregeln und Kommunikationsrezepten“ zu verstehen. Diese Ergebnisse werden an die anfänglichen Überlegungen und Vorstellungen zur „guten Anamneseerhebung“ rückgebunden und diskutiert. Mit weiteren Anamnesen erfolgt dann in *Kleingruppen* der letzte Schritt der *selbständigen Übung*.

2.8 Das Manual „Ratschläge & Tipps zur ärztlichen Gesprächsführung“

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Gesprächsauswertungen und der Diskussionen in der Gruppe wird ein Manual mit „Ratschlägen & Tipps zur ärztli-

chen Gesprächsführung“ entwickelt, das auf der einen Seite auf den relevanten Ergebnissen der sprachwissenschaftlichen Forschung zur Verbesserung von Arzt-Patienten-Kommunikation basiert, das auf der anderen Seite aber auch an die Fähigkeiten, praktischen Erfordernisse und typischen Problemlagen der Gesprächsführung der Studierenden der frühen Semester angepasst ist.

Für die Abschnitte „*Gesprächsbeginn*“ und „*Darstellungsorientierter Anamneseabschnitt*“ sieht dies z.B. folgendermaßen aus, wobei die einzelnen Frageformulierungen als Empfehlungen zu verstehen sind:

GESPRÄCHSBEGINN

- **Begrüßung/Nennung des Namens und der Funktion**
 - **Körperhaltung** beachten (P bewusst wahrnehmen)
 - **Gemeinsame Orientierungsphase:**
 1. Anliegen von P erfragen
(wenn keine Krankenakten oder Vorinformationen vorliegen ≠ Beschwerdendarstellung): „*Was führt Sie zu mir?/ins Krankenhaus?*“
 2. Gesprächszweck für P verdeutlichen:
„*Ich möchte mit Ihnen jetzt ein (ausführliches/kurzes) Gespräch über Ihre aktuellen Beschwerden und Ihre bisherigen Krankheiten führen.*“
 3. Geplante Gesprächs – und Behandlungsschritte skizzieren:
„*Darum möchte ich zuerst mit Ihnen sprechen, danach werden Sie untersucht.*“
 - **Prinzipielle Nachfragemöglichkeit** anbieten: „*Wenn Sie etwas genauer wissen wollen, Ihnen etwas unklar ist, können Sie mich gerne fragen.*“
- Tipp 1:** Stets verdeutlichen, was Sie tun oder vorhaben. Der vermeintliche Mehraufwand an Zeit schlägt sich direkt in einer „**Ökonomisierung**“ des **Gesprächsverlaufs** nieder (weniger Klärungen, Korrekturen, Missverständnisse, unspezifische Schilderungen oder Antworten).
- Tipp 2:** Eine **gemeinsame Orientierung** trägt zu einem ökonomischen Gesprächsablauf bei, weil beide, ÄrztInnen und PatientInnen, sich auf Inhalt und Verlauf einstellen können.

DIE EIGENTLICHE ANAMNESE

1. DARSTELLUNGSORIENTIERTER ANAMNESEABSCHNITT

- P mit **erzählungsfördernder Frage** zu einer Darstellung der aktuellen Beschwerden auffordern:
„*Würden Sie sie mir Ihre Beschwerden bitte genau schildern?*“
„*Erzählen Sie mir bitte, wie das mit den Beschwerden begonnen hat.*“
- für den Zeitraum dieser Darstellung, in der P aktiv erzählt, in die **zuhörende Rolle wechseln**, d.h. nachfragen, wenn etwas unklar ist, aber nicht die Darstellung unterbrechen; mit **patientengeleiteten Präzisierungsfragen** auf die individuellen Beschreibungen eingehen und sie vertiefen

- erst wenn ein gewisses Bild entstanden ist, zu **wissensgeleiteten Komplettierungsfragen** übergehen, um gezielt noch fehlende Informationen zu erfragen
- **gemeinsame Abstimmung** der Informationen, d.h. die Informationen zusammenfassen; damit bekommt A ein geschlosseneres Bild und P hat abschließend die Möglichkeit, Angaben auf ihre Richtigkeit zu überprüfen, zu bestätigen oder zu korrigieren bzw. zu ergänzen.
- ev. P explizit zu **Nachfragen auffordern**

Tipp 3: Wenn die **Beschwerdendarstellung** von P anfangs **nur sehr knapp** erfolgt, nicht zu schnell in die Rolle des/der Fragenden wechseln, sondern die Ausgangsfrage nochmals als offene Erzählaufforderung formulieren. Ps müssen sich an die Erzählerrolle manchmal erst gewöhnen.

Tipp 4: v.a. **verallgemeinernde und unkonkrete Beschreibungen** von P wie „Beschwerden“, „komisches Gefühl“, „oft“ durch Nachfragen konkretisieren („Was genau meinen Sie damit?“, „Können Sie mir dieses Gefühl genauer beschreiben?“); nicht zu schnell von einer tatsächlichen und gemeinsam geteilten Verstehensbasis ausgehen.

Dieses Verfahren, das Manual eng an die Analysen und Diskussionen zurückzubinden, hat folgende Vorteile:

- *Die Ratschläge & Tipps knüpfen direkt an den Praxiserfahrungen und kommunikativen Aufgaben der TeilnehmerInnen, in diesem Fall der Studierenden, an:* Diese Erfahrungen und Erfordernisse von Studierenden der ersten Semester unterscheiden sich ganz wesentlich von denen ausgebildeter und in der Praxis berufstätiger ÄrztInnen, d.h. im Gegensatz zu manchen Vorschlägen zur ärztlichen Gesprächsführung aus Lehrbüchern sind die Tipps nicht zu global, sondern den aktuellen Aufgaben und Möglichkeiten der Studierenden angemessen, somit direkt und leichter in deren aktuelle Praxis umsetzbar.
- *Die Ratschläge & Tipps entsprechen den Kategorien der exemplarischen Gesprächsauswertungen:* Die Parallelisierung der sprachwissenschaftlichen Informationen des Manuals mit den praktischen Analyseschritten erhöht den gesamten didaktischen Nutzen: Beobachtung, Übung und Reflexion erfolgen in den gleichen Schritten.
- *Die Ratschläge & Tipps vermitteln linguistisches Wissen über Gesprächsprozesse und Gesprächsdynamiken:* Damit unterscheiden sie sich prinzipiell von den aus Psychologie, Psychoanalyse und/oder Psychosomatik bekannten: Ihre Beachtung ist nicht primär an komplexe psychologische Prozesse der Introspektion, Selbstreflexion oder In-Frage-Stellung der eigenen ärztlichen Haltung gebunden. Da sich die Haltung im jeweiligen (sprachlichen) Handeln ausdrückt, kann die Umsetzung veränderter Gesprächsführungstechniken zu einer Haltungsänderung etwa gegenüber der Person von PatientInnen und ihrer Rolle im ärztlichen Gespräch führen. Die Erfahrung effizienterer oder persönlich zufriedensstellender Gesprächsverläufe kann

dann das entsprechende sprachliche Verhalten und damit die Haltung selbst stabilisieren.

- *Die Ratschläge & Tipps sind explizit im Hinblick auf die Gesprächsökonomie formuliert:* Die besondere Verdeutlichung der positiven Auswirkungen der vorgeschlagenen Gesprächsführungstechniken auf die Gesprächsdynamik und die Gesprächsziele dient dazu, den Missverständnissen und zu kurz gegriffenen Wirkungsvorstellungen von effizienterer oder strafferer Gesprächsführung entgegenzutreten. So können bewusst gestaltete Übergänge zwischen Gesprächsteilen, die auf den ersten Blick aufwändig bis unnötig erscheinen, einen klaren, transparenten und damit zügigen Gesprächsverlauf bewirken, während ein vermeintlich zeitsparendes Übergehen dieser Orientierungshandlungen ineffiziente Interaktionsprozesse hervorrufen kann. Diese Darstellung reagiert damit auf die geradezu „standardmäßig“ gestellten Fragen von ÄrztInnen, die Veränderungsanstrengungen und tag-täglichen zeitlichen Druck gegeneinander abwägen müssen: Wieviel Zeit kosten die Veränderungen? Nützen sie für die Behandlung?

2.9 Das Feedback

Die Veranstaltung selbst hatte als erste ihrer Art experimentellen Charakter. Das Interesse der Studierenden an dem Seminar war mit über 20 TeilnehmerInnen bei der Einführungsveranstaltung sehr groß. Im Laufe des Semesters zeigte sich jedoch, dass auf Grund der hohen inhaltlichen und zeitlichen Anforderungen des Modellstudiengangs den Pflichtfächern der Vorzug gegeben wurde. In einem Feedback mittels eines Fragebogens wurde deutlich, dass nicht die vergleichsweise aufwändige Dokumentation der Anamnesen Schuld an der geringen Quote von verschrifteten Gesprächen trug und auch nicht die Anforderung, die jeweilige Anamneseführungen quasi „öffentlich“ zu diskutieren. Überraschenderweise wurde neben der allgemeinen Überforderung die mangelnde Unterstützung der Kliniken bei der Erhebung moniert. Diesen Umständen muss bei einer zukünftigen Optimierung des Modellstudiengangs Rechnung getragen werden.

Die Erfahrung mit studentischer Fortbildung (Lalouschek 2002a) hat zudem gezeigt, dass bei derartigen, zeitlich begrenzten Ausbildungsgängen eine *fortlaufende Begleitung* – ähnlich einer Supervisionsgruppe – einer punktuellen Begleitung (*davor* und *danach*) vorzuziehen ist. Die Vorteile wären, dass für die Studierenden die Kommunikationsaufgaben und -probleme aktuell relevant wären, dass sie das Gelernte direkt in die berufliche Praxis umsetzen könnten und dass die daraus entstehenden Verbesserungen oder ggf. neuerlichen Problemstellen wiederum einer Diskussion und weiteren Veränderung unterzogen werden könnten. Damit würde der Prozess der kommunikativen Qualitätskontrolle in seiner vollständigen Zyklizität erfahrbar.

3 Die Übertragbarkeit des Trainingskonzepts für andere Berufe

In dem von mir entwickelten Training zum *kommunikativen Selbstmanagement* lernen Personen, Gespräche, die sie selbst führen, zu dokumentieren und sie nach bestimmten Kriterien, die an ihre beruflichen Aufgaben angepasst sind, zu analysieren. Dieses gesprächsanalytische Handwerkszeug soll sie dazu befähigen, in ihrem weiteren (beruflichen) Alltag ihre Gesprächskompetenz selbständig zu überprüfen, auftretende Kommunikationsprobleme selbständig zu bearbeiten und mögliche Lösungen dafür zu entwickeln und auszuprobieren.

Das exemplarisch vorgestellte Training zur klinischen Gesprächsführung bezieht sich speziell auf die Durchführung von Anamnesen durch Studierende. Für andere ärztliche Kommunikationsaufgaben wie Aufklärungsgespräche, Diagnosemitteilungen oder Visitingespräche oder für beruflich fortgeschrittenere TeilnehmerInnen muss das Konzept selbstverständlich inhaltlich verändert und abgestimmt werden, Methode und Zielsetzung bleiben unverändert. In entsprechender Weise kann dieses Trainingskonzept auf *andere Berufsgruppen* unproblematisch übertragen werden, da lediglich inhaltliche Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Literatur

- Becker-Mrotzek, Michael/Meier, Christoph (2002): Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hgg.) (2002a): Angewandte Diskursforschung, Bd. 1. Radolfzell (Neuaufgabe), 18-47. Kostenloser Download unter „www.verlag-gespraechsforschung.de“.
- Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hgg.) (2002a): Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispielanalysen, Bd.1. Radolfzell (Neuaufgabe). Kostenloser Download unter „www.verlag-gespraechsforschung.de“.
- Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hgg.) (2002b): Angewandte Diskursforschung: Methoden und Anwendungsbereiche, Bd.2. Radolfzell (Neuaufgabe). Kostenloser Download unter „www.verlag-gespraechsforschung.de“.
- Dahmer, Hella/Dahmer, Jürgen (1999): Gesprächsführung. Eine praktische Anleitung. Stuttgart.
- Deppermann, Arnulf (1999): Gespräche analysieren. Opladen.
- Ehlich, Konrad et al. (Hgg.) (1990): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen.
- Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang (Hgg.) (1992): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. Opladen.
- Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang (1992): Diskursforschung und Modelle von Kommunikationstraining. In: Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang (Hgg.) (1992): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining, 24-35.
- Lalouschek, Johanna (2002a): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell (Neuaufgabe). Kostenloser Download unter „www.verlag-gespraechsforschung.de“.
- Lalouschek, Johanna (2002b): Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner, Gisela/Fiehler, Reinhard/Kindt, Walter (Hgg.) (2002a): Angewandte Dis-

- kursforschung. Radolfzell, 155-173. Kostenloser Download unter „www.verlagsgespraechsforschung.de“.
- Lalouschek, Johanna (in Vorb.): Die psychosoziale Anamnese. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hgg.): *Patientenorientiert Reden. Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart.
- Lalouschek, Johanna/Menz, Florian/Wodak, Ruth (1990): *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen.
- Löning, Petra/Rehbein, Jochen (Hgg.) (1993): *Arzt-Patienten-Kommunikation. Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin.
- Menz, Florian./Nowak, Peter (1992): *Kommunikationstraining für Ärzte und Ärztinnen in Österreich: Eine Anamnese*. In: Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang. (Hgg.): *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining*. Opladen, 79-86.
- Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hgg.) (in Vorb.): *Patientenorientiert Reden. Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart.
- Redder, Angelika/Wiese, Ingrid (Hgg.) (1994): *Medizinische Kommunikation: Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen.
- Reimer, Christian (1993): *Ärztliche Gesprächsführung*. 2. überarb. u. erw. Aufl., Berlin.
- Roter, Deborah/Hall, Judith (1992): *Doctors Talking With Patients/Patients Talking With Doctors. Improving Communication in Medical Visits*. London.
- Sarangi, Srikant/Roberts, Celia (Hgg.) (1999): *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin.
- Schettler, Gotthard/Nüßel, Egbert (1984): *Das ärztliche Gespräch und die Anamnese*. In: Schettler, Gotthard (Hg.) (1984): *Innere Medizin*. Bd.1. Stuttgart, 1-12.
- Silverman, Jonathan/Kurtz, Suzanne/Draper, Juliet (1998): *Skills for Communicating with Patients*. Oxon.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1992): *Ärztliche Gesprächsführung – Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung*. In: Fiehler, Reinhard/Sucharowski, Wolfgang (Hgg.) (1992): *Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining*. Opladen, 68-78.
- Spranz-Fogasy, Thomas (in Vorb.): *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnungen und Beschwerdenexploration*. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hgg.) (in Vorb.): *Patientenorientiert Reden. Beiträge zur psychosomatischen Grundkompetenz in der Frauenheilkunde*. Stuttgart.

