

Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde

Sabine Streeck

veröffentlicht im Sammelband:

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

Angewandte Diskursforschung

Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen

Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2002, 174 - 196

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

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

Alle Texte erhältlich unter

www.verlag-gespraechsforschung.de

Alle Rechte vorbehalten.

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

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

Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde

Sabine Streeck

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird gezeigt, daß asymmetrische Kommunikationsverhältnisse in der klinischen Interaktion nicht notwendigerweise erzeugt werden. Auch wenn die neuropädiatrische Sprechstunde - wie andere Sprechstunden auch - ärztlich dominiert sind, können Eltern und Kinder Gesprächsinitiativen verwenden, ihre eigene ExpertInnenrolle formulieren sowie ihre Ressourcen aktivieren. Wenn Laien derart aktiv werden, verändern sich unmittelbar die vorgegebenen Schemata des Sprechstundenverlaufes. Darüber hinaus ist zu vermuten, daß die sogenannte 'compliance' der PatientInnen dadurch verbessert wird. Nun ist der Arzt in einer reaktiven Position und muß gegebenenfalls seine Definitionsmacht verteidigen.

1. Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland leiden ca. zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen an einer somatischen oder psychischen chronischen Krankheit (vgl. Bode 1990, 18). Die medizinischen Therapieerfolge bei bis vor kurzem noch als unheilbar geltenden Krankheiten führen zur Erhöhung der Lebenserwartung, so daß die beträchtliche Anzahl chronisch Kranker kontinuierlich wächst und ebenfalls der Bedarf an klinischer und psychosozialer Versorgung. Die traditionelle medizinische Versorgung jedoch vermag hier wenig auszurichten, definiert sie sich doch primär über den Vorgang der Heilung. Besonders augenfällig wird diese Unzulänglichkeit beim Vorliegen einer Behinderung, die mit dauerhaften funktionellen Einbußen verbunden ist. In einem solchen Fall kann es weniger um Rehabilitation gehen denn um Habilitation.¹ Dies trifft für Spina bifida² zu, einer Behinderung, die im Mittelpunkt der diesem Beitrag zugrundeliegenden Studie stand: Die Untersuchung hatte das Anliegen, den psychosozialen Bedarf der Eltern von Kindern mit Spina bifida und Muskelkrankheiten in der klinischen und ambulanten Versorgung zu ermitteln. Innerhalb der nunmehr abgeschlossenen Studie wurden Interviews mit Eltern von an Spina bifida und Muskelkrankheiten erkrankten Kindern über ihr subjektives Erleben der Diagnosemitteilung und über ihre Zufriedenheit mit der klinischen und ambulanten Versorgung geführt.³ Ebenso wurde das klinische Personal über seinen Umgang mit Eltern und Kindern und über das persönliche Erleben von Behinderung

¹ Im Gegensatz zur Rehabilitation, welche bei einem unfallgeschädigten Menschen alle Maßnahmen beschreibt, welche der Wiederherstellung seiner körperlichen Verfassung dienen, wird der Begriff Habilitation bei einem behinderten Kind im Sinne einer Eingliederung verstanden.

² Es handelt sich hierbei um einen angeborenen Wirbelsäulendefekt, der in Abhängigkeit zur Höhe der Lähmung operativ beherrschbar ist, aber auch zur Querschnittslähmung und zur Blasen- und Darminkontinenz führen kann.

³ Die Untersuchung ist im Rahmen eines vom Berliner Forschungsverbund Public Health geförderten Projekts "Leben mit chronischer Krankheit: Der Interaktionsprozeß zwischen Eltern chronisch kranker Kinder und dem klinischen Fachpersonal" an der Neuropädiatrischen Abteilung der Kinderklinik des Virchow-Klinikums der Humboldt Universität, Projektleitung: Prof. Dr.med. Scheffner, Dr.phil. Schmid-Schönbein durchgeführt worden. Das diesem Projekt zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie unter dem Förderkennzeichen O7PHF01 gefördert. Die Verantwortung für diese Publikation liegt allein bei der Autorin.

befragt.⁴ Darüber hinaus wurden Tonbandaufnahmen in der ambulanten neuropädiatrischen Sprechstunde gemacht. Von diesen Aufzeichnungen soll im folgenden die Rede sein. Die Sprechstunden werden von in Kinderkliniken integrierten Sozialpädiatrischen Zentren angeboten, sie zeichnen sich durch eine hohe Spezialisierung auf Spina bifida und Muskelkrankheiten sowie durch ein komplexes interdisziplinäres Angebot aus. Die Verwirklichung von Therapiezielen wird hier nicht vorrangig in der medizinischen Mitteilung und deren Umsetzung gesehen, vielmehr ganzheitlich bezogen auf die Einbettung des Kindes mit einer Behinderung in die Familie. Mit diesem Angebot versuchen die Zentren, ein Gegengewicht zur klassischen Kliniksituation zu bilden. Damit werden sie auch den Anforderungen der Behandlung chronischer Krankheiten gerecht, bei der die Erhaltung vorhandener körperlicher Funktionen im Vordergrund steht.

Die vorliegenden Analysen⁵ aus der neuropädiatrischen Sprechstunde sind nun darauf angelegt, die Einflüsse zu ermitteln, die der klinische Kontext auf das Gespräch und das Verhalten der GesprächsteilnehmerInnen nimmt. Die Begegnung zwischen Professionellen und Laien bedingt zunächst eine spezifische Gesprächssituation: Es sind naturgemäß die ÄrztInnen, welche die Untersuchung strukturieren und das Thema bestimmen, Fragen stellen und Antworten steuern. Insofern ist die Interaktion asymmetrisch, sie wird einseitig ärztlich kontrolliert. Im folgenden möchte ich an den Daten der Frage nachgehen, inwieweit Interaktion zwischen ÄrztInnen und Laien notwendigerweise asymmetrisch ist. Kann es überhaupt trotz ärztlicher Dominanz eine kommunikative Gleichberechtigung geben, und wenn ja, wie ließe sie sich realisieren?

Gemeinhin wird Asymmetrie als ein konstitutiver Bestandteil von Beratungsgesprächen (Nothdurft et al. 1994) wie auch von ärztlichen Gesprächen (vgl. Tannen/Wallat 1983 sowie West 1990) angesehen. In der linguistischen Forschung wird für diese Gesprächstypen postuliert, daß die ungleiche Verteilung von Wissen zu Störungen und Krisen in der Kommunikation führen kann.⁶ Gleichwohl basieren Asymmetrien in Gesprächen nicht allein auf individuellen Motiven, sondern reflektieren immer auch die sozialen Strukturen der jeweiligen Interaktion und deren Bedingungen (vgl. dazu Linell/Luckmann 1991). Aus der ethnomethodologischen Perspektive betrachtet ist also zu fragen, ob und wie im medizinischen Kontext von den Beteiligten zumindest eine partielle Symmetrie hergestellt werden kann.

Wenn Eltern und Kinder nunmehr ihre Ressourcen in der klinischen Interaktion verwenden können, so meine Hypothese, nimmt dies positive Auswirkungen auf

⁴ Vgl. dazu Herb/Streeck (1995), Herb (1996), Streeck (1996).

⁵ Ich konnte in zwei Berliner Kliniken 10 Tonbandaufnahmen von Sprechstunden machen, hierbei waren 4 Ärzte sowie Schwestern, eine Psychologin und eine Sozialarbeiterin beteiligt.

⁶ "Zugleich aber stellt das asymmetrische Kommunikationsverhältnis eine permanente Gefahr für das Sich-Verständigen in Beratungsgesprächen dar. Differentes Wissen führt zu Fehlinterpretationen sprachlicher Darstellungen, divergente Problemsicht erzeugt Turbulenzen, zirkuläre Verläufe und Aneinandervorbeireden; Routine und institutionelle Orientierungen führen zu vorschnellen Schlüssen, problemfernen Kategorisierungen, zu der Behandlung als 'Fall', einer insgesamt restriktiven Problembearbeitung und damit zu Enttäuschungen auf seiten des Ratsuchenden." (Nothdurft et al. 1994, 16)

den Interaktionsverlauf.⁷ Mit diesen Ressourcen sind persönliche Fertigkeiten und individuelle Handlungskompetenzen gemeint, welche vor allem von den 'Laien' aktiviert werden. Ich möchte in dieser Untersuchung diese Kompetenzen akzentuieren, d.h. die Fähigkeiten der Eltern und Kinder im Umgang mit den durch die Institution vermeintlich vorgegebenen Strukturen.⁸

2. Zum Konzept der Asymmetrie

Zur medizinischen Kommunikation sind in den letzten Jahren eine Fülle von Veröffentlichungen und Sammelbände erschienen (u.a. von Drew/Heritage 1992; Todd/Fisher 1993; Löning/Rehbein 1993; Redder/Wiese 1994; einen Überblick zu Studien zum ärztlichen Gesprächsverhalten gibt Lalouschek 1995).

Im folgenden möchte ich primär die Untersuchungen diskutieren, welche die Ursachen von Asymmetrie in klinischer Kommunikation thematisieren.

Wenngleich Gesellschaftsmitglieder gemeinhin in der Interaktion von der Verfügung über ein ähnliches Basiswissen sowie einer ähnlichen Kenntnis von Welt ausgehen, wissen sie gleichzeitig, wie unterschiedlich der Zugang zu sozialen und kulturellen Kenntnissen geartet sein kann und wie unterschiedlich Wissen verteilt ist. Diese Grundannahmen von sozialer Interaktion bedeuten, daß wechselseitige Erwartungen von GesprächsteilnehmerInnen im Prinzip auch dann weiterbestehen, wenn der Kontext keine bzw. wenig Symmetrie gestattet, wie es beispielsweise bei ärztlichen Gesprächen der Fall ist, in denen sogenanntes Expertenwissen relevant wird.

Drew (1991), Nothdurft (1992) u.a. thematisieren diesen Aspekt, wenn sie in institutionellen Settings Ungleichheiten in der Rederechtverteilung ausmachen. Solche Ungleichheiten sind beispielsweise vor Gericht und in der Schule ebenso zu finden wie in Arzt/Ärztin-PatientIn-Gesprächen, sie führen auch dazu, daß bestimmte Themen nicht behandelt werden. So verweist Nothdurft auf ein Charakteristikum medizinischer Kommunikation, wenn er PatientInnen als von bestimmten Aktivitäten ausgeschlossen sieht; derartige kommunikative Kontexte nennt er "geschlossene Diskurssysteme". In solchen Systemen erfolgt oftmals nur eine einseitige Problembearbeitung: So wird z.B. in genetischen Beratungsgesprächen in der Regel nur auf den biologischen Aspekt Bezug genommen, und die emotionalen Beweggründe der Beratung Suchenden werden ausgeklammert (vgl. dazu auch Fiehler 1990). Ähnlich sieht Lalouschek (1995) eine vorwiegend somatisch ausgerichtete Fokussierung in der klinischen Anamnesenerhebung.⁹

⁷ In unserer Befragung der Eltern hatten wir eine Frage nach dem Vorhandensein von Ressourcen gestellt und inwieweit diese unmittelbar nach der Geburt ihres Kindes zur Verfügung standen. Dabei konnten wir ermitteln, daß Eltern mit persönlichen oder sozialen Ressourcen auch in z.T. unpersönlichen klinischen Zusammenhängen auf konstruktivere Auseinandersetzungsformen zurückgreifen konnten als die Vergleichsgruppe ohne Zugang zu solchen Kraftquellen (vgl. Herb 1996).

⁸ Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei den Herausgebern für ihre kritische und konstruktive Kommentierung dieses Beitrages bedanken, ebenso wie bei Gudrun Herb.

⁹ Der von Lalouschek konstatierten psychologischen Überforderung des ärztlichen Personals kann aus den Ergebnissen unserer Studie eindeutig zugestimmt werden. Weder sind Gesprächsführung noch Psychologie in ausreichendem Maß Bestandteil des Medizinstudiums. Die für das

Beckman und Frankel (1984) zeigen in ihrer Studie über das Gesprächsverhalten von Internisten, daß den PatientInnen in der Regel keine Exploration ihrer Symptomatik möglich ist, da sie spätestens nach 52 Sekunden unterbrochen werden. Durch die Unterbrechungen verändert sich das patientenzentrierte Gespräch in ein ärztlich zentriertes Gesprächsformat. Auch Frankel (1990) belegt anhand in der medizinischen Ambulanz aufgenommenener Gesprächsdaten, daß weniger als ein Prozent aller Äußerungen durch PatientInnen initiiert wird: Die Kommunikation wird dadurch asymmetrisch.

Jedoch muß die Entstehung von Asymmetrie differenzierter gesehen werden: Drew (1991) diskutiert einen spezifischen Aspekt von Asymmetrie, wenn er Ungleichheit als gezieltes Produkt einer interaktiven Aushandlung begreift. Die ungleiche Verteilung von Wissen kann dazu führen, daß diese von einer Partei als strategisches Mittel eingesetzt wird, beispielsweise zur interaktiven Manipulation im Gespräch. Dadurch wird ungleiches Wissen in Asymmetrie verkehrt. Tatsächlich kann Asymmetrie durch das Ausbleiben einer Handlung sequentiell und interaktiv hervorgerufen werden (s. dazu das Fragment 2). Denn wie zu zeigen sein wird, entsteht nicht notwendigerweise Asymmetrie, wenn SprecherInnen in einem institutionellen Setting mit unterschiedlichen soziokulturellem Wissen und konträren Positionen aufeinandertreffen. Institutionellen Strukturen haften keine Zwänge an, die sich der Interaktanten bemächtigen, vielmehr werden diese Strukturen aktiv von den Handelnden als Ressourcen benutzt (Maynard 1991). So sollte ungleiches Wissen auch nicht automatisch mit Nicht-Wissen gleichgesetzt werden: PatientInnen benutzen bzw. kennen oftmals durchaus die medizinische Terminologie, ordnen sie aber in der Regel als dem Arzt zugehörig zu (vgl. Drew 1991). Auch Ainsworth-Vaughn (1992) warnt vor der Benutzung der ewig gleichen Schablone, PatientInnen seien passiv und ÄrztInnen nutzten ihre machtvolle Position aus. Koerfer et al. (1994) weisen mit Recht darauf hin, daß ärztliche Gespräche naturgemäß keine vollständige thematische oder interaktive Reziprozität enthalten können, da das Hilfeersuchen der PatientInnen eine gewisse Einseitigkeit der Kommunikation hervorruft: Der Gesprächsgegenstand ist ausschließlich der Patient.

Bei der Definition von Asymmetrie folge ich weitgehend dem Vorschlag von Linell und Luckmann (1991): Demzufolge manifestiert sich Asymmetrie insbesondere a) in der Ungleichheit des Rederechts, b) in einem unterschiedlichen Zugang zum Thema und damit in unterschiedlichen Möglichkeiten, die Themenbehandlung zu kontrollieren, c) in Differenzen unter den InteraktantInnen bezüglich ihres Wissens übereinander. Auf die ärztliche Interaktion angewendet treffen diese drei genannten Eigenschaften asymmetrischer Kommunikation auf sie zu. Umgekehrt findet sich eine symmetrische Interaktion in einem Gespräch bzw. einer Gesprächsphase dann wieder, wenn die GesprächsteilnehmerInnen wechselseitig Zugang zur Steuerung des Themas haben, Wissen in bezug auf den anderen entwickeln können, bzw. für alle das gleiche Recht zum Sprechen verfügbar ist.

gesamte medizinische Personal anzustrebende Integration von medizinischem und therapeutischem Wissen kann jedoch nicht ohne entsprechende Trainings vonstatten gehen (vgl. Herb 1996). Obwohl die Nachfrage nach solchen Fortbildungen bereits in den sechziger Jahren bestand, stieß sie jedoch auf keinerlei Resonanz in den Universitäten und Ausbildungsstätten (Sohn 1994).

3. Gesprächsanalysen

In der vorliegenden konversationsanalytisch ausgerichteten Untersuchung sollen weniger Fragen der ärztlichen oder professionellen Dominanz im Vordergrund stehen, vielmehr ist die Frage nach den für die PatientInnen (in diesem Fall: Eltern und Kinder) angemessenen Möglichkeiten zur Exploration der Beschwerden und Darstellung ihrer Kompetenzen zu stellen: Wie können sie sich vom passiv Antwortenden zum Akteur machen, wie können sie ihr 'Material' ins Gespräch bringen, wie können sie eine ihren Interessen gemäße Symmetrie herstellen?

Bei der Analyse möchte ich deshalb primär den produktiv zu nutzenden Anteilen innerhalb ärztlicher Gespräche nachgehen und die Strategien betrachten, welche PatientInnen und Eltern im Rahmen des Sprechstundenverlaufes nutzen können, um ihre Kreativität zu zeigen. Es werden zunächst einige Beispiele der kinderärztlichen Sprechstunde vorgestellt, in denen der Arzt¹⁰ von den Anwesenden zum Experten gemacht wird, bzw. er das Thema kontrolliert. Diese Ausschnitte verdeutlichen eine Schwächung der Gesprächsposition der Laien und belegen eine asymmetrische Gesprächsanordnung. Im Gegenzug werde ich dann Ausschnitte diskutieren, in welchen die Eltern bzw. PatientInnen selbst die Gesprächsinitiative übernehmen.

Der Sprechstundenverlauf orientiert sich an den spezifischen Bedürfnissen der Familien mit Kindern mit einer Spina bifida (in einem Fall auch einer spinalen Muskelerkrankung), hierbei werden vor allem Belange der orthopädischen Versorgung, operative Eingriffe und die Funktion des Blasen-Darm-Traktes thematisiert.

In klinischen Kontexten obliegt es in der Regel dem Arzt/der Ärztin, das Gespräch derart zu strukturieren, daß für die notwendigen Untersuchungen, die individuelle Begutachtung des Kindes sowie die elterlichen Fragen genügend Raum vorhanden ist (Sharrock/Anderson 1987).

Daß die PatientInnen dies nicht nur erwarten, vielmehr z.T. selbst ärztliche Dominanz durch ihre Aktivitäten hervorrufen, trägt zweifellos zur Erhaltung des oftmals kritisierten institutionellen Settings bei.

Zunächst ein typisches Beispiel, in dem in der Mutter-Kind-Interaktion auf die Bedeutung des ärztlichen Tuns und damit implizit auf die Annahme von Asymmetrie hingewiesen wird:¹¹

Beispiel 1

- (1) M: der Doktor muß viel aufschreiben UND NICH DA RUMSPIE-
LEN (1)
- (2) M: nich da rumspielen ((leise)) den Zettel den braucht
den braucht der Doktor noch
- > (3) M: der muß viel aufschreiben
- (4) K: ich muß-möchte den Zettel haben
- (5) S: was möchtest du?
- (6) K: den Zettel
- > (7) S: einen darfst du dir nehmen

¹⁰ Es handelt sich bei den in der Sprechstunde Behandelnden ausschließlich um Ärzte.

¹¹ Die Erläuterungen zur Transkription finden sich im Anhang, die Pfeile (>) verweisen auf die relevanten Äußerungen.

Hier findet eine klassische 'Mitgliedschaftskategorisierung' statt, und zwar werden von der Mutter der Kategorie "Arzt" in den Turns (1), (2) und (3) bestimmte kategoriegebundene Aktivitäten zugeordnet (*der Doktor braucht den Zettel, der Doktor muß viel aufschreiben*), diese Interpretation wird von der Schwester in Turn (7) unterstützt (vgl. Sacks 1972). Das Verständnis des kleinen Mädchens von der ärztlichen Rolle erhält damit bereits eine eindeutige Orientierung. Die Wichtigkeit des Arztes wird durch das viele Aufschreiben ausgedrückt, und hiermit entsteht bereits ein Gefälle zwischen Arzt, Mutter und Kind. Die Asymmetrie zwischen Patientin und Arzt wird von der Mutter und der Schwester mithin interaktiv verankert. Damit wird dem Kind eine bestimmte Sicht von der medizinischen Welt nahegelegt: Der Arzt monopolisiert aufgrund seiner Tätigkeit den Block, er bekommt 'alles', das Kind ein Blatt. Im Behandlungsprozeß ist gewissermaßen ein Hinweis über die Art der Verteilung sozialer Wissensbestände enthalten: "In various ways, then, participants produce the visibility of the distinction between lay and professional knowledge." (Maynard 1991, 179) Und durch diese Unterscheidung zwischen Laien und Professionellen ist Asymmetrie potentiell angelegt, indem letzterer die Fragen stellt, das Thema kontrolliert und auch die Art seiner Bearbeitung vorgibt - wie in Beispiel 2.

Beispiel 2

- (1) A: hatte sie eigentlich (...) das habe ich jetzt nicht im Kopf- hatte sie unten diesen Afterreflex Frau (1) E?
 > (2) M: wie?
 (3) A: dieser Afterreflex ist der positiv bei ihr?
 > (4) M: wie jetzt? daß sie Stuhlgang alleine hat oder wie?
 (5) A: nee daß der wenn man da kitzelt um den Po herum, daß sie dann den Po zusammenzieht

Die Mutter versteht die Frage des Arztes nach dem Afterreflex nicht, auf ihre Nachfrage in Turn (2) wiederholt der Arzt die Frage. Indes paraphrasiert er das Wort *Afterreflex* nicht etwa umgangssprachlich, sondern wiederholt es ein zweites Mal und fügt eine weitere Komplikation durch das hier verwandte Adjektiv *positiv* hinzu. Viele PatientInnen kennen die Semantik von *positiv*, die im medizinischen Zusammenhang eine andere Bedeutung als im Alltag hat, nicht. Nun ist die Mutter ihrerseits gezwungen, ihre Frage zu wiederholen und ihre Unkenntnis zu zeigen. Denn wie in Turn (5) deutlich wird, konnte die Mutter die medizinischen Termini nicht verstehen, wenngleich sie sich um eine Erklärung bemüht hat (Turn 4).¹²

Da in klinischen Kontexten das Wissensgefälle zwischen Laien und ExpertInnen naturgemäß sehr groß ist, sollten ärztliche Äußerungen, die dieses Nichtwissen manifestieren, vermieden werden. Das Gesprächsfragment zeigt eine Situation, in der durch die überflüssige Verwendung von Termini (*Afterreflex*, *positiv*) die ärztliche Dominanz verstärkt - und dadurch unnötigerweise zwischen Mutter und Arzt Asymmetrie hergestellt wird.

¹² Wie Löning (1993) feststellt, leisten Patienten in Gesprächen mit Ärzten oft Entschlüsselungsarbeit; insofern betont die Autorin die wichtige Funktion ärztlicher Rephrasierungen, um die unterschiedlichen Wissensbestände auszugleichen bzw. Mißverständnisse zu vermeiden.

Indes lassen sich aber auch viele gegenteilige Beispiele finden, und insbesondere solche sollen im folgenden fokussiert werden.

3.1 Strategie der Eigeninitiative

In diesem Abschnitt wird thematisiert, daß die Rollenverteilung zwischen Arzt und PatientIn nicht automatisch restriktiv gehandhabt wird: Eltern und Kindern stehen ebenfalls Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, auch sie können eine Gesprächsphase einleiten bzw. eine Sequenz initiieren. Und wenn sie dies tun, verändert sich die Gesprächssituation erheblich. Im nächsten Ausschnitt ist es die Mutter, welche die Interaktion strukturiert und damit eine Strategie der Eigeninitiative verwendet:

Beispiel 3

- (1) M: nee ich hatte angefangen mit dem ähm Panoral
 (2) A: ja
 > (3) M: dann hat ich umgestellt auf// Bactrim
 (4) A: //und des
 (5) A: und des nimmt se noch
 (6) M: hat //se (..) jetzt fünf Tage lang, dann hat
 (7) A: //aha
 > (6) M: se angefangen zu würgen hab ich's abgesetzt//
 (8) A: //ja
 > (6) M: und ich denke der Urin ist auch in Ordnung jetzt
 (9) A: hm für heute jetzt ne Kontrolle erstmal
 (10) M: ja

Interessant und eher ungewöhnlich ist hier, daß die Mutter ganz selbstverständlich gegenüber dem Arzt nicht nur einen medizinischen Sprachduktus verwendet, sondern die mit dieser Rolle zusammenhängenden Entscheidungen auch umgesetzt hat: Sie hat *umgestellt* und *abgesetzt*, sie befindet, der Urin sei *auch in Ordnung jetzt*. Diese Mutter unterwirft sich hiermit keineswegs einer ärztlichen Dominanz, sondern durchbricht im Gegenteil die Regel: "Medizinische Entscheidungen sind dem Arzt vorbehalten" und versetzt sich und ihr Tun damit in einen aktiven Status. Mit diesem selbstbewußten Auftreten einer aufgeklärten Mutter zeigt sie eine beim Vorhandensein einer chronischen Krankheit nicht seltene Verhaltensweise: Durch die von Geburt an vorliegende Behinderung ihres Kindes und der damit verbundenen permanenten Auseinandersetzung mit körperlicher Einschränkung entwickeln die Eltern häufig eine Expertenhaltung. Gleichzeitig entzieht die Mutter mit dieser Haltung dem Arzt einen Teil seiner Kompetenz. Hier hat die Mutter das Rederecht und die Kontrolle des Themas. Damit veranlaßt sie den Arzt zu einer Reaktion. In Turn (9) verwendet der Arzt eine 'Markierung', die gewissermaßen einen territorialen Anspruch verdeutlicht; mit dem Verweis auf die heute anstehende Kontrolle des Urins demonstriert er die letztlich bei ihm liegende Entscheidung über die Qualität des Urins (Goffman 1974, 71ff.). Damit bringt der Arzt die Interaktion wieder in das Sprechstundenschema, d.h. er übernimmt wieder die Initiative.

Ein schönes Beispiel, wie unbefangenen Kinder gegenüber der von äußeren Strukturen bestimmten medizinischen Kommunikation sind, zeigt der nächste Aus-

schnitt. Gleichzeitig wird durch die Initiative des Mädchens die Flexibilität der klinischen Struktur ersichtlich, d.h. wie innerhalb der Sprechstunde beim Auftreten nicht passender Aktivitäten vom Arzt anvisierte Schemata verschoben werden können, wenn eine Eigeninitiative vom Patienten realisiert wird:

Beispiel 4

- (1) A: Frau Müller
 (2) G: ja
 (3) A: ob Sie nochmal Platz nehmen ↓
 (4) G: ja
 (5) A: wir hatten ja des vorige Mal (..) //
 (6) K: darf ich was // singen?
 (7) A: al//les (.) m-mögliche(.) was möchtest du?
 > (8) K: darf ich was singen?
 (9) A: singen? nachher(.) jetzt spreche ich nochmal mit der Großmutter und dann singst du nochmal
 (10) K: hehe
 (11) A: ja? da freue ich mich schon drauf
 (12) A: wir hatten ja (.) das vorige Mal im Gespräch (.) eine ziemliche Inventur gemacht (..) // und alle möglichen Probleme durchgesprochen (.)
 (13) G: //mhm
 (12) A: da hätte ich jetzt gerne mal gehört wie ist das jetzt mit der Trockenheit oder mit der Urinentleerung? hat sich was geändert?

Das Kind macht den Vorschlag, in der Sprechstunde zu singen, ein Vorschlag, der sicherlich keinem Erwachsenen eingefallen wäre. Wenngleich der Arzt die anvisierte Struktur des Gesprächsablaufes nicht unmittelbar gestört haben will (Turn 9), läßt er sich auf den Wunsch des Mädchens ein. Dem Kind ist zwar der Versuch, das Schema zu durchbrechen, nicht sofort gelungen, aber es ist zu einem späteren Zeitpunkt damit erfolgreich.

Als ein Merkmal asymmetrischer Kommunikation war einleitend das unterschiedliche Recht zu sprechen charakterisiert worden. In den Beispielen 3 und 4 haben sich die Laien zu Wort gemeldet - und konnten sich mit dieser Initiative durchsetzen. In diesem Abschnitt sollte durch die Präsentation von Ausschnitten aus der Sprechstunde gezeigt werden, daß der Einsatz von Strategien, die ein asymmetrisches Kommunikationsverhältnis hervorrufen, keineswegs ein 'ärztliches Vorrecht' gegenüber Laien ist, vielmehr kann es von den Müttern durch Sachkenntnis und von Kindern durch Unbefangenheit nivelliert werden.

Als Schegloff (1987) den Begriff "Talk-in-interaction" geprägt hat, wollte er damit den sozialen Charakter von Gesprächen betonen (s. Boden/Zimmermann 1991, 8). Jedoch ist das Soziale, und damit das Gemeinsame und Verbindende in der jeweiligen Interaktion, nicht immer gleich ausgeprägt. Im Rahmen klinischer Kommunikation haben InteraktionsteilnehmerInnen die Wahl, sich auf den institutionellen Kontext zu beziehen, d.h. jede Initiative dem Arzt zu überlassen - oder selbst aktiv zu werden, wie in Beispiel 3 und 4 sichtbar. Wenn Sprecher (hier: die Ärzte) solche Optionen, welche den sozialen Aspekt eines Gespräch betonen, bei den

Laien unterstützen, so meine These, kann sich dies zugunsten von Verständigung auswirken.

3.2 Strategien der Einbeziehung in die Interaktion

Wie bereits erwähnt, sind in institutionellen Kontexten die Interaktionsbeteiligung und ihr jeweiliger Modus scheinbar durch die Professionellen 'geregelt'; doch ohne den persönlichen Einbezug der Betroffenen kann es keine Verständigung geben, wird die mangelnde 'compliance' der PatientInnen weiterhin zu beklagen sein.

Wenn die Kinder selbst sprechen können, sollten Fragen, die sie betreffen und von ihnen beantwortbar sind, an sie persönlich gerichtet werden, dies erweist sich für den Sprechstundenverlauf und den Kontakt mit dem Kind als sehr günstig. Deshalb sollten Kinder mit ihren Wünschen möglichst aktiv in den Behandlungsprozeß einbezogen sein. Die positive Wirkung dieser Einbeziehungsstrategie wird in den nächsten beiden Beispielen deutlich.

Beispiel 5

- > (1) A: (hhh.) ja okay Anna (2) wollen wir mal gucken?
(1)
- (2) A: ja?
- > (3) A: willst du die Kasse mithochnehmen und (.) beim Untersuchen dabei haben oder ↑
(1)
- (4) K: ja
- (5) A: gut

Der Arzt leitet hier die anstehende Untersuchung mit einer Aufforderung ein. Auf diese Aufforderung reagiert das kleine Mädchen zunächst nicht, so daß eine erneute Aufforderung des Arztes in Turn (2) erfolgt. Da das Kind immer noch nicht der Bitte nachkommt, modifiziert er in Turn (3) seine Aufforderung, indem er an die Beschäftigung des Kindes mit der Kasse anknüpft und es dazu einlädt, die Kasse auf den Untersuchungstisch mitzunehmen. Mit dieser kleinen Sequenz stellt er insofern Gleichwertigkeit zwischen dem ärztlichen und dem kindlichen Tun her, als er dem Spielen des Mädchens eine ähnliche Bedeutung beimißt wie seinem ärztlichen Handeln.

Im Ausschnitt 6 sprechen zwei Ärzte mit Mutter und Kind. Es geht um das Kathetrisieren, einen mechanischen Prozeß zur Blasenentleerung, der Eltern harninkontinenter Kindern nicht erspart bleibt. Sind die Kinder älter, wie es bei dem zwölfjährigen Jungen im nächsten Beispiel der Fall ist, können sie es selbst übernehmen. Dies schließt aber für manche Kinder und Jugendliche eine gewisse Überwindung ein.

Beispiel 6

- (9) A1: und dann sind wir wieder beim Them//
- (10) M: //ich mein das haben wir ja schon versucht ↑ das wissen wir ja eigentlich auch ne ↑ also //die dreimal ne halbe

- (11) A1: //da sind wir ja wieder beim Thema- da sind wir sofort wieder beim Thema Kathetrisieren=
 (12) M: =ja ↑ (1) also da halt ich mich raus hab ich gesagt ne! da sag ich nix zu ((lachend))
 (13) A1: hast du nochmal in letzter Zeit überlegt wegen des Kathetrisierens?
 (14) K: ähäh
 (15) A1: möchtest du nicht oder hast du nicht überlegt?
 (16) K: ich hab gar nicht überlegt
 (17) A1: hast gar nicht überlegt
 (18) M: also das denke ich ist immer noch das Grundproblem daß er sagt er hat so oft eben dünnen Stuhl Durchfall (.hhh) daß ich also nicht sagen kann er braucht dann keine Windeln mehr ↑ ne wenn das eine Problem in den Griff zu kriegen wär, wär das andere denke ich eben akzeptabel. Aber wenn's eine nicht in den Griff zu kriegen ist, ist das andere eben für ihn nicht akzeptabel ne
 (Auslassung)
 (26) A2: und //dann
 (27) A1: //erst mal das Kathetrisieren lernen ↑ dann die Dridase hochsetzen und dann gucken wir auch was mit der Blase passiert und was mit dem Stuhl//(..) mit dem Stuhlgang passiert
 (28) M: //ja ja
 (29) A2: und daß er dann auch jederzeit natürlich auch die Möglichkeit hat das wieder abzusetzen ↑// nur daß man dann (.hhh) wenigstens weiß worüber man spricht // nich also daß man sagen kann also es hat nen Effekt gehabt oder nicht
 (30) M: //mhm //ja
 (31) M: jo
 > (32) A1: wäre das denn vorstellbar daß du des mal für ein paar Wochen ausprobierst?
 (33) K: jo
 (34) A1: und wenn's nicht funktioniert dann (1) las// läßt es wieder
 (35) M: //lassen wir es wieder sein ↓
 > (36) A: das können wir ja im Winter über machen wenn de nicht mit Segeln und so gestreßt bist
 (37) K: mhm ((leise))
 (38) A1: ne (.) wie oft gehst du denn eigentlich segeln?

In diesem Ausschnitt wird das Kathetrisieren vom Arzt (A1) aus dem Gesprächsfluß herausgehoben, indem er es als Thema formuliert.¹³ Dies tut er mit einem vorangestellten *und*, welches oftmals in der Kombination einer Ankündigung von Routineaktivitäten und der Einführung schwieriger Themen auftritt (Heritage/Sorjonen 1994). An der Reaktion der Mutter zeigt sich das Problematische dieses Themas (*da halt ich mich raus*). Daraufhin übernimmt der Arzt (A1) die Ge-

¹³ Vgl. zu 'formulating a topic' u.a. Bergmann (1990, 204) und Streeck (1988).

sprächssteuerung und adressiert seine Fragen direkt an den Jungen, der keine Meinung dazu hat, in der Tat sich bis dato geweigert hatte, das Kathetrisieren auszuprobieren, und das Tragen einer Windel vorzog. Die eigentliche Einbeziehung des Kindes, die auch seine Meinungsänderung und anschließende Motiviertheit erklärt, resultiert aus der eingebetteten Sequenz, die nur teilweise abgedruckt ist (Turn 19-29), in der sich die zwei Ärzte über Möglichkeiten der veränderten Medikation und deren Folgen unterhalten, die für den Jungen sehr attraktiv sind: Durch die Erhöhung des Medikamentes könnte sein Durchfall aufhören oder reduziert werden, und er brauchte keine Windel mehr zu tragen. Parallel knüpft der Arzt (A1) an das Segeln, an die Ressourcen des Jungen an. Indem er mit einer Perspektivenübernahme reagiert und seine Kenntnis des Hobbies des Jungen bekundet, zeigt er Sensibilität für die Problematik des inkontinenten Jungen. Hier verändert sich die Haltung des Jungen der ärztlichen Beratung gegenüber, welche zunächst über ihn hinwegging, denn es wurde nur über ihn geredet, aber nicht mit ihm. Nun ist nicht nur seine Blase gemeint, und dadurch entsteht ein ausgeglicheneres Verhältnis zwischen den Ärzten und ihm, und alle Teilnehmer profitieren davon.

Wie deutlich geworden sein sollte, ist die Einbeziehung der Kinder in medikamentös oder orthopädische Planungen sehr wichtig; Mitverantwortlichkeit, aber auch ihr Gefühl der Einflußnahme werden dadurch maßgeblich erhöht. Derartige verbale Strategien lassen sich von professioneller Seite leicht realisieren, und natürlich gilt für die Eltern ähnliches wie für die Kinder: Ihr Einbezug und ihre Interaktionsbeteiligung ist bedeutsam und wirkt sich vertrauensfördernd aus.

Im nächsten Beispiel wird das ärztliche Interesse an dem mütterlichen Wohlergehen deutlich. Dieser Einbezug der Mutter ist sehr wichtig, gerade wenn man ihn mit dem häufig zu sehr kindzentrierten Vorgehen in der Sprechstunde vergleicht, wo das Kind so sehr im Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit steht, daß darüber elterliche Bedürfnisse, aber auch Fähigkeiten leicht in Vergessenheit geraten (s. Herb/Streeck 1995).

Beispiel 7

- (1) A: wie ist es denn überhaupt mit'n Nächten (..) derzeit?
(2)
- (2) M: (.hhh) also ja (.) immer noch besser als is// sie schläft ↑
- (3) A: //immer noch besser hehe//haha
- (4) M: //ja immer noch besser
- (5) A: hehe
- (6) M: und manchmal schläft sie durch und manchmal wacht sie ein- zweimal auf=
- (7) A: =hm gut
- (8) A: es ist-ist anhaltend(.) ganz ordentlich geblieben=
- (9) M: =ist ganz ordentlich ja
- > (10) A: daß Sie auch zur Ruhe kommen
- (11) M: ja:a
- (12) A: gut

Der Arzt hätte hier bei der mütterlichen Aussage über den Schlaf des Kindes bleiben können, dann hätte er aber die Gelegenheit verpaßt, auf die Mutter einzugehen. Indem er das in Turn (10) tut, zeigt er sein Verständnis ihrer Situation und erfüllt zwei Aufgaben gleichzeitig: Er kommt der ärztlichen Rolle nach und stellt Kontakt zur Mutter her, er artikuliert Interesse auch an ihrem Befinden.

Als nächstes ein Ausschnitt, in dem der Arzt die mütterliche Initiative ignoriert:

Beispiel 8

- (1) A: ich schreib also nur die Katheter auf ↑ und die kriegen sie dann geliefert ne
- (2) M: und das Dibenzylan da habe ich ne spezielle Apotheke die mißt sie mir extra ab
- (3) M: weil sie bloß die fünf Milligramm bei uns kriegen und die messen se mir denn in drei Milligramm ab
- (4) A: achso
- (5) M: des ist das Problem gewesen damals
(5)
- (6) A: hm
- > (7) A: das-das habe ich mir jetzt damals gar nicht mehr(.)mir aufgeschrieben
- (8) A: daß sie ja immer noch Dibenzylan braucht
- > (9) A: das habe ich ganz vergessen ((leise))
(4)((Telefonklingeln))
- (10) A: und Frau X. was wiegt sie jetzt?

Die Mutter macht in ihrem Beitrag drei Versuche, ihre aktive Beteiligungsrolle in der Versorgung ihres Kindes zu zeigen. Eine Würdigung (acknowledgment) ihrer Aktivitäten durch den Arzt erfolgt weder implizit noch explizit. Den Turn (2) muß die Mutter expandieren, weil der Hörer nicht eingreift, das Verständnissignal des Arztes in Turn (4) wird dann offenbar von ihr als nicht ausreichend empfunden. Denn mit Turn (5) signalisiert sie nochmals, daß sie einerseits den Turn abgeben möchte, andererseits eine Hörerreaktion noch aussteht. Die für den Arzt als Rezipienten anstehende Antwort und damit eine Reaktion auf die vorangegangenen zwei Turns der Mutter wird nicht eingelöst. Nach einer langen Pause von 5 Sekunden erfolgt auf die Einschätzung der Mutter *des ist das Problem gewesen damals*, die als Einladung zur Bewertung verstanden werden kann, erneut keine Handlung. Der Arzt ist mit sich bzw. seiner Vergeßlichkeit beschäftigt. Gleichzeitig beendet er damit die von der Mutter eingeleitete Sequenz. Hier liegt ein ähnliches Phänomen vor, wie es ten Have (1990) als typisch ärztliches Kommunikationsverfahren beschreibt, welches dann zum Einsatz kommt, wenn ein Abschluß einer Interaktionsphase herbeigeführt werden soll und dies von den PatientInnen nicht zur Kenntnis genommen wird: "Als äußerstes Mittel dient ihm (dem Arzt) der Übergang von der verbalen oder auch nur vokalen Kommunikation zu einer aktionalen, nicht-verbalen Tätigkeit, z.B. der Vorgang zum Notizenmachen." (ten Have 1990, 113) Die Chance, auf das mütterliche Bedürfnis nach Anerkennung einzugehen, ist vom Arzt nicht genutzt worden. Hier wurde unnötigerweise ein asymmetrisches Kommunikationsverhältnis erzeugt: Der Arzt gibt keinen Response und strukturiert statt dessen den weiteren Gesprächsverlauf.

Die hier gezeigten Ausschnitte sollten demonstrieren, wie einfach oftmals der Einbezug eines Elternteils oder Kindes in den Sprechstundenverlauf sein kann, dies ein kooperatives Interagieren zwischen den Parteien ermöglicht und damit symmetrische Konstellationen erzeugt werden, die für den Behandlungsprozeß überaus wichtig sein können.

So sollten Eltern, wenn sie Kompetenz und Erfindungsreichtum in bezug auf die Versorgung und den Umgang mit ihrem Kind zeigen, auch darin unterstützt werden. Ebenso werden Kinder an der Medikation wesentlich mehr interessiert sein, wenn sie einen einleuchtenden Bezug zu ihren Freizeitaktivitäten erkennen können.

3.3 Strategien beim Umgang mit schambesetzten Themen

In diesem Abschnitt werden einige Ausschnitte vorgestellt, in denen schambesetzte Themen verhandelt werden. Das sind solche, die sich mit dem Genitalbereich und den Blasen- und Darmvorgängen beschäftigen. Bemerkenswerterweise sind es nicht immer nur die Laien, welche Verlegenheit entwickeln.

Im folgenden Beispiel geht es um ein darminkontinentes Kind. Der Arzt erkundigt sich bei der Großmutter, die hauptsächlich für das Mädchen sorgt, nach der Stuhlentleerung.

Beispiel 9

- (1) A: ja (.) und nun zum Stuhlgang?
 (2) G: des is //nach wie vor
 (3) A: //ähem
 (4) G: des wird dreimal in der Woche von mir erledigt=
 (5) A: =hm
 > (6) G: äh ich möchte des nicht äh des sie dauernd da vollgekleckert ist
 (7) A: ja (.) und wie-wie machen Sie das? Sie äh (..) mit'm Finger? oder?
 (8) G: ja=
 (9) A: =und haben Sie da Fingerlinge oder wie ma//chen Sie das?
 (10) G: //nee Gummihandschuhe
 (11) A: haben Sie?
 (12) G: ja
 (13) A: äh kaufen Sie sich die? //oder?
 (14) G: //nee
 (13) A: oder kriegen Sie die verordnet?
 (15) G: die krieg ich //verordnet
 (16) A: //hab ICH die etwa aufgeschrieben?
 (17) G: na -j- sicher aber die reichen noch (..) ne Weile
 (18) A: ja hier (.) hab ich aufgeschrieben
 (19) G: ja
 (2) (20) G: ich mach ne Art kleines Klestir (.) bloß mit Wasser m-(.) lauwarmen Wasser

- (21) A: ja (.) und wie kriegen Sie des rein?
 (22) G: mit soner Ohrenspritze (.)// mit soner (unv.)
 Gummispritze
 (23) A: //aha
 (24) A: und wenn Sie (.) solchen Einlauf NICHT machen?
 Dann kommt //nichts
 (25) G: //meine äh Schwiegertochter macht das nicht (.)
 // aber ist schwierig
 (26) A: //mhm
 (27) A: ja
 > (28) G: wenn ich den Einlauf nämlich mache dann kann sie
 drücken und dann kann sie drücken und dann brauch
 ich nur noch vorne abzulesen
 (29) A: ja
 (30) G: hahaha
 (2)
 (31) G: und manchmal schwupst dann sogar selbst einer
 (32) A: ja (..) richtig schön so ne clevere Oma ne?
 (33) H: mhm

Hier wird eine Sequenz vom Arzt mit einer Frage durch ein *und* in Turn (1) eingeleitet. Wie erwähnt, werden durch ein 'and-preface-format' oft schwierige oder brisante Themen eingeführt. In diesem Beispiel wird der Stuhlgang des Mädchens thematisiert, welches durch die Tatsache, daß das Mädchen darminkontinent ist und ihr zur Stuhlentleerung aktive Hilfe von den Bezugspersonen zuteil werden muß, besonders heikel wird. Wenngleich in medizinischen Untersuchungssituationen gerade solche Sachverhalte wie der Stuhlgang zum ausdrücklichen Gesprächsgegenstand werden, die normalerweise von SprecherInnen als nicht schicklich oder gar unangemessen für die Konversation erachtet werden, ist damit das peinliche Empfinden der Betroffenen keineswegs automatisch aufgehoben (dies wird im nächsten Beispiel 10 sehr deutlich).

In dieser Interaktion zeigt sich jedoch eine Großmutter, die sehr pragmatisch und ohne ein Zeichen von Verlegenheit¹⁴ ihre Aktionen erläutert, sie tut dies weder mit Verzögerungen oder Reparaturen, noch etikettiert sie ihre Meinung als Laienkommentar, wie Drew (1991) und ebenso Hartog (1993) dies als verhaltenstypisch für PatientInnen oder Angehörige bei medizinischen Konsultationen feststellen konnten.

In diesem Ausschnitt ist es die Großmutter, welche Kompetenz und Tatkraft demonstriert. Hier kann von ärztlicher Dominanz bzw. dem bewußten Einsatz asymmetrischer Strategien ebenfalls keine Rede sein. Am Ende der Sequenz bewertet der Arzt die Tatkraft der Großmutter gegenüber den Hospitantinnen (*richtig schön so ne clevere Oma*).

Bei der interaktiven Abwicklung brisanter Themen, wie es bei dem letzten Beispiel der Fall war, wird ihre Einführung im Zusammenhang mit Routineaktivitäten deutlich, letztere scheinen eine relevante Stützungsfunktion einzunehmen gerade bei der Initiierung schambesetzter oder angsterzeugender Gesprächsgegenstände.

¹⁴ Zur Definition von Verlegenheit vgl. Goffman (1991, 106-123).

Das nächste Fragment umfaßt eine Sequenz, in welcher die Schamgrenzen der Mutter bei dem Thema deutlich werden:

Beispiel 10

- (1) A2: wie war es mit'em Stuhlgang?
(1)
- (2) M: ja (.) zur Zeit wieder etwas schlechter ↓
(1.5)
- > (3) A1: schlechter heißt (.) hart//(.) hart und seltener
oder weich
- (4) M: //ja so (.) nee nee gerade das Gegenteil hehe
- (5) A2: mhm
(2)
- > (6) K: was hat er gefragt? ((leise))
- (7) M: psch:scht Dich nix (.) ne

Hier wird ganz offenkundig ein Tabuthema verhandelt, Mutter und Kind drücken dies durch ihre Äußerungen, aber auch durch die Turngestaltung aus: Auf die Frage nach dem Stuhlgang des Sohnes erfolgt eine Pause, die Mutter antwortet mit einer Bewertung. Sie überläßt dem Arzt damit die Definition, dieser expliziert für sie, was *schlechter* bedeuten kann, die Alternative *hart oder weich*. Wieder vermeidet die Mutter die genaue Bezeichnung des Stuhls, sondern reagiert mit einer Unterbrechung und bildet eine sprachliche Opposition zu seinem Vorschlag *harter Stuhlgang (ja so nee nee gerade das Gegenteil)*. Die Schwester des Jungen ist auf diese Interaktion aufmerksam geworden und will nun wissen, worum es geht. Sie fragt die Mutter leise danach, die ihr aber mit dem Zuruf *pscht* bedeutet, den Mund zu halten: Die Frage des Arztes sei nicht an das Mädchen gerichtet gewesen (*Dich nix (.) ne*). Die Mutter weist damit nochmals auf das Thema als ein tabuisiertes hin, indem sie ihrer Tochter keine Antwort gibt.

Wie peinlich den Kindern selbst die verbale Explizierung ihrer Verdauungsvorgänge sein kann, belegt das nächste Beispiel:

Beispiel 11

- (1) M: wir kennen schon alle Toiletten bei uns in der Gegend ((lachend))
- (2) H: hehehehe
- (3) A: und-und wenn sie dann angibt sie muß ↑ dann ist es=
=ganz schnell
- (4) M: gleich// ganz nötig
- (5) A: //ja (.) sofort
- (6) M: ja
- > (8) K: aber Mutti das mußst du doch nicht erzählen ((leise))
- (9) M: doch(.) muß ich
- (10) Hn: hehehe ((leise))
(5)

(11) A: mhm (1) seit wann ist denn das? das haben Sie mir noch nie erzählt? ((Räuspern))

Das achtjährige Mädchen, dessen häufiges Harnlassen zwischen der Mutter und dem Arzt verhandelt wird, ist mit dieser Offenlegung eines intimen Details ihrer Krankheit nicht einverstanden. Die von den Erwachsenen im medizinischen Kontext als 'selbstverständlich' kategorisierte Verhandlung über die Blasentätigkeit wird von dem Mädchen nicht als angemessen für ein Gespräch mit dem Arzt empfunden, sondern als peinliche Offenlegung ihres Toilettenverhaltens. Die zwei anwesenden Hospitantinnen lachen daraufhin leise, währenddessen der Arzt sich auf die Bemerkung des Mädchens über sein Schamempfinden nicht einläßt, sondern die Mitteilung der Mutter als neue Information bewertet. Auch hier hätte der Arzt auf das unguete Gefühl des Kindes eingehen und die Notwendigkeit der Fragen erläutern können.

In diesem Abschnitt sollte gezeigt werden, wie unterschiedlich der Umgang mit schambesetzten Themen sein kann: In Abhängigkeit von der Reaktion der Betroffenen kann ihrerseits Symmetrie hergestellt werden wie in Beispiel 9 oder aber Peinlichkeit und Scham thematisiert und damit Asymmetrie hervorgerufen werden wie in Beispiel 10 und 11. Wenngleich Verdauung und Stuhlgang obligatorische medizinische Themen sind, werden sie doch nicht immer von den PatientInnen bzw. Eltern mit der Selbstverständlichkeit abgewickelt, wie sie von ärztlicher Seite initiiert werden. An solchen Stellen des Gesprächs verdeutlicht sich Asymmetrie besonders, weil intime Details zwischen zwei sich fremden Menschen verhandelt werden, jedoch nur einer von beiden diese enthüllt. Auch wenn diese Fragen unumgänglich sind, sollten sie mit größter Achtsamkeit für das Empfinden der PatientInnen gestellt werden. Kinder reagieren hier ebenfalls gekränkt, diese Tatsache darf nicht übersehen werden. Wenn eine Anknüpfung an Alltagstätigkeiten oder an ein Hobby gefunden werden kann, wie bei dem Jungen in Beispiel 6, ist dies sicherlich für den weiteren Sprechstundenverlauf eine günstige interaktive Strategie, die entlastend auf den Patienten wirkt.

3.4 Strategien beim Sprechen über Tod und Sterben

Zum Schluß möchte ich noch auf besonders prekäre Situationen innerhalb der neuropädiatrischen Sprechstunde zu sprechen kommen, das sind solche, in denen betroffenen Eltern infauste (ungünstige) Diagnosemitteilungen gemacht werden müssen oder gar solche, welche den frühzeitigen Tod des Kindes thematisieren.

Im nächsten Ausschnitt ist die Mutter eines Sohnes mit spinaler Muskelatrophie in der Sprechstunde. Ihr ist erst seit kurzem die Diagnose und damit die kurze Lebenszeit ihres Sohnes bekannt.¹⁵ Hier geht es besonders um die Reaktionen der Professionellen auf die Frage der Mutter:

¹⁵ Spinale Muskelatrophie ist ein angeborener genetischer Defekt, der zum Absterben der motorischen Vorderhirnzellen führt. Im Zuge dieser Krankheit, die nicht unmittelbar nach der Geburt festgestellt wird, sondern in der Regel in den ersten Lebensjahren, kommt es zu einer zunehmenden Muskelschwäche, die den frühen Tod der Betroffenen zur Folge hat.

Beispiel 12

- (1) M: genau wie mir jemand irgendwann// es ist schon länger
- (2) A: //ja
- (1) M: her(.h) sagte mir auch jemand "ja, ich hab gehört daß muskelkranke Kinder nicht mehr äh-äh-äh nicht sehr alt werden" ↑
- > (3) A: mhm=
- (4) M: =na ich bin-n(.) also ich wußte im ersten Moment ja nicht, o Gott naja wat hat se da nun jesagt ne ↑
- > (5) A: mhm=
- (6) M: =da sage ich des ist eigentlich ein Thema was ich eigentlich mit Ihnen auch noch besprechen möchte
- > (7) A: mhm=
- > (8) P: =mhm=
- (9) M: =ja weil das belastet oder//oder //beschäftigt einen doch schon irgendwo ↑ ne
- > (10) A: //ja
- > (11) A: klar=
- > (12) P: =klar=
- (13) M: =das kann man denn jetzt nicht einfach so das hat se jesagt und das war's dann
- > (14) A: ja (.) ich denke auch wir sollten des auch unbedingt aufgreifen=
- (15) M: =ja daher (.) ich hab auch gesagt ich gehe lieber (.)äh äh oder besser damit um wenn ich weiß was auf mich zukommt// als
- (16) A: //ja
- (15) M: daß ich dann irgendwann mal naja=
- (17) A: =mhm
- (17) M: =vor- vor vollendete Tatsachen geste//llt werde ne
- (20) A: //ja
- > (21) A: nochmal zu der Therapiesache äh des ist ja wie gesagt unser täglich Brot...

Die Mutter kündigt zu Beginn des Fragmentes ein problematisches Thema an. Sie ängstigt die Vorstellung eines frühen Todes bei ihrem drei Jahre alten Sohn. Ihr sprachlicher 'Anlauf', den sie nehmen muß, ist sehr deutlich an der Äußerungsstruktur nachvollziehbar. Sie stellt keine direkte Frage, sondern sie referiert auf eine andere Person, zitiert deren Aussage und zitiert dann ihre eigene Reaktion auf die Aussage, die sie indirekt formuliert und letztendlich evaluiert. Erst dann stellt sie die Frage an den Arzt und die Psychologin. In dieser komplexen Struktur liegt das eigentliche Thema "Angst" verborgen, das Ausmaß der Indirektheit ist ein Indikator für einen schwierigen Gesprächsgegenstand. Es erfolgt jedoch - bei aller in die Hörsignale hineingelegten Empathie - keine Turnübernahme, weder vom Arzt noch von der Psychologin. Im Gegenteil, die Frage wird nicht beantwortet, vielmehr

wird das vorherige Thema, die Physiotherapie, weiter bearbeitet.¹⁶ In diesem Beispiel findet sich eine Vielzahl kommunikativer Auslassungen, die mit Vermeidung assoziiert sind, d.h. die deutliche Beantwortung der mütterlichen Frage wird von seiten der Professionellen vermieden. Indem die indirekte Frage der Mutter mit Indirektheit beantwortet wird, wird von den MitarbeiterInnen Asymmetrie produziert: Die Vermutung, die Professionellen handelten strategisch in dem Sinne, daß sie mehr wissen, als sie sagen, liegt nahe. Dieses Verhalten entspricht dem klassischen Muster in der Arzt-Patient-Interaktion, indem dem Arzt die Entscheidung über eine Informationsvermittlung überlassen wird. Durch den Aufschub der Antwort wird die Mutter mit ihrer Sorge, zumindest für diese Sequenz, alleingelassen.

Im Kontrast dazu möchte ich einen letzten Ausschnitt aus einem psychologischen Gespräch zeigen, in dem das Ansprechen des Themas Tod nicht nur möglich ist, vielmehr sogar von seiten der Psychologin dazu eingeladen wird:

Beispiel 13

- (1) M: aber wenn er so schlimm denn so schlaff ist denn hat man doch irgendwie Angst daß es nicht noch schlaffer wird also hab ich die Angst daß er denn (1) ganz zurückfällt also (1) irgendwie ist da noch immer ne Angst drin, daß es noch schlimmer werden kann
- (2) P: also das ist die Entwicklung die ja doch für Sie sichtbar ist beim Hans daß die dann (.) gar nicht mehr weiter geht † oder daß er sogar noch zurückfällt in eine Zeit wo er sehr wenig machen //konnte?
- (3) M: //mhm mhm
- (4) P: mhm
- (5) M: also manchmal ist die Angst schon // da
- > (6) P: //mhm und dieses Schlafen dieses lange Schlafen vom Hans ist das (2) auch etwas † daß Sie das Gefühl haben(..) ähm ja der Hans ist ja gar nicht bei mir und der hat ja sein eigenes Leben sein Schlafen äh ich bin so getrennt von ihm, ist es das was Sie so dann auch beunruhigt? (1)
- (7) M: äh kann ich gar nicht so beantworten aber ja vielleicht bestimmt weiß aber (1) wenn er schläft habe ich eigentlich nicht das Gefühl daß er jetzt von mir getrennt //ist weil ich ja immer da bin// aber ich guck ja immer aber nun so so kann ich's eigentlich nicht sagen is eben die Sorge immer (1) ob er auch wieder aufwacht und und das ist (..) das ist eigentlich meine Angst
- (8) P: //mhm //mhm
- > (9) P: ja diese Sorge er könnte eigentlich für immer einschlafen ja?
- (10) M: denk ich ja und das geht bei mir nicht aus dem Kopp

¹⁶ Zur Schwierigkeit, Emotionen in der Arzt-PatientIn-Interaktion zuzulassen, vgl. Fiehler (1990).

- (11) P: mhm mhm mhm (2)
(12) P: Sie haben diese Sorgen sicher auch mal den Ärzten gesagt ...

Hier wird der Vorteil einer psychologischen Geschultheit deutlich, die Gesprächsführung der Psychologin orientiert sich an den Bedürfnissen der Mutter: Es entsteht kein Aufschub, die Mutter erforscht mit vorsichtiger Unterstützung der Psychologin ihre Gefühle. Das Herantasten an die eigentliche mütterliche Angst erstreckt sich über mehrere Turns, vorbereitend in Turn (6) und letztendlich in Turn (9) fokussiert die Psychologin das eigentliche Thema Tod.

Zu den schwierigsten Themen, die der Mensch kennt, gehört zweifelsohne der Tod bzw. die Angst vor dem Tod. Geht es um diesen Aspekt in der klinischen Kommunikation, liegt die Einseitigkeit der Verhandlung des Themas auf der Hand: Der/die PatientIn oder die Eltern sind die Betroffenen, oftmals liegt es allein in der ärztlichen Entscheidung, die Diagnose mitzuteilen oder diese zurückzuhalten. Hier wird als Merkmal asymmetrischer Kommunikation der strategische Einsatz von Wissen besonders offenkundig. In den beiden Beispielen verhalten sich die Professionellen in ihren Reaktionen auf die vorgebrachten Ängste der Mütter konträr: Beispiel 12 deutet auf zurückgehaltenes Wissen hin, der Arzt hat die Informationen zum Krankheitsverlauf des Jungen und teilt sie nicht mit, hierdurch verstärkt er die Asymmetrie. In Beispiel 13 verhält sich die Psychologin den mütterlichen Ängsten gegenüber offen, sie hilft der Mutter, diese auszusprechen, und unterstützt damit eine symmetrische Kommunikation.

4. Schlußfolgerungen

Ich habe auf der Basis von Gesprächsdaten aus der neuropädiatrischen Sprechstunde versucht, einige Merkmale der Arzt-Mutter-Kind-Interaktion unter dem Gesichtspunkt institutioneller Strukturen zu zeigen. Dabei wurde nicht nur das Vorhandensein von Asymmetrie als Merkmal institutioneller Kommunikation thematisiert, sondern war vielmehr eng verknüpft damit die Frage, ob die vorhandenen elterlichen Ressourcen genutzt werden und wie Eltern und Kinder dabei Unterstützung erfahren können. Das heißt in diesem Rahmen wollte ich v.a. die Möglichkeiten einer symmetrischen Form der Kommunikation bzw. solche Strategien thematisieren, die diese fördern.

Zunächst ist die klinische Beziehung zwischen Professionellen und Eltern mit ihrem kranken Kind durch die Annahme charakterisiert, der Arzt sei der Experte. Diese Position beinhaltet für den/die PraktikerIn das Recht, zu sprechen, zu behandeln und Diagnosen auszusprechen. Durch die konversationellen Praktiken aller Beteiligten wird in der Regel eine dominant autoritäre Beziehung zwischen dem Arzt/der Ärztin und den PatientInnen als sichtbare Eigenschaft ihrer Interaktion konstituiert. Diese Ansicht akzentuiert jedoch nur einen Teil der Wirklichkeit. Mein Anliegen war zu zeigen, daß Asymmetrie interaktiv produziert wird, d.h. zu ihrer Herstellung gehören mindestens zwei Beteiligte. Mithin können Laien aktiv an der Etablierung asymmetrischer Strukturen mitwirken, bzw. diese durch Strategien der Eigeninitiative und der aktiven Einbeziehung in die Interaktion egalisieren.

Die hier präsentierten Beispiele sollten die Kraft und Stärke der PatientInnen, (hier Kinder und Eltern) demonstrieren und mehr noch auf die Konsequenzen

aufmerksam machen: Wenn Laien ihre Ressourcen aktivieren, bzw. sie ihre Rolle als ExpertInnen chronischer Krankheit ins Spiel bringen, kann die asymmetrische Struktur damit potentiell aufgehoben werden. Mit anderen Worten sind für alle GesprächsteilnehmerInnen (kommunikative) Ressourcen zugänglich, bei deren Nutzung symmetrische Gesprächskonstellationen möglich werden, die positiven Einfluß auf den weiteren Gesprächsverlauf nehmen können.

Asymmetrische Konstellationen bzw. Wissensasymmetrien sind nicht zwangsläufig nur auf der Seite der Laien zu finden: Anhand vieler Beispiele aus der Sprechstunde konnte die Tatkraft der Eltern und Kinder belegt werden. Mütter und Großmütter erweisen sich als ausgesprochen kompetent im Umgang mit ihrem Kind und der Krankheit; ihr faktisches Handeln zeigt sie in ihrem Status als Expertinnen für die chronische Krankheit ihrer Kinder. Laienwissen steht hier nicht per se konträr zum Expertenwissen, wie Hartog (1993) bei genetischer Beratung feststellen konnte, vielmehr kann sogar eine vorübergehende Rollenverkehrung gegenüber dem Arzt erfolgen.

Die aus diesen Analysen zu ziehenden Schlußfolgerungen sind essentiell für die klinische oder ambulante Versorgung chronisch Kranker: Eine chronische Krankheit versetzt Eltern wie Betroffene oft langfristig in die Lage, mehr als nur laienhaft zu agieren, d.h. sie erwerben individuelle Kompetenz im Umgang mit der Krankheit. Diese Kompetenz sollte von professioneller Seite wahrgenommen und unterstützt werden. Wie auch Schubert und Tatzer (1987) für den pädiatrischen Kontext feststellen, ist die Entwicklung elterlicher Kompetenz nicht zuletzt vom Verhalten der klinischen ExpertInnen und von der Interaktion mit dem Helfersystem abhängig. Ähnlich argumentiert ten Have (1991), wenn er Asymmetrie als gegebenes Merkmal institutioneller Kommunikation nicht akzeptiert und durch eine detaillierte Betrachtung des interaktiven Geschehens ersetzt sehen möchte.

Interaktive Schwierigkeiten sind überall dort zu finden, wo das Potential symmetrischer Interaktion nicht genutzt wurde und somit von den GesprächsteilnehmerInnen Dominanz und Ungleichheit konstellierte wurde. An heiklen Stellen des Gesprächs, wie sie bei angstbesetzten Themen zu finden sind, kann die ärztliche Dominanz in der Gesprächssteuerung zur strategischen Vermeidung dieser Themen eingesetzt werden. Dies ist insbesondere im Umgang mit Themen wie z.B. dem Tod wenig hilfreich. Gerade hier, aber auch in vielen anderen Situationen, sollten Betroffene nicht allein gelassen, sondern ermutigt werden, Fragen zu stellen, Ängste zu äußern und Kompetenzen auszudrücken; nur dadurch kann sich ein verantwortungsvolles Handeln von seiten der PatientInnen entwickeln.

Als Ergebnis kann formuliert werden: Je stärker eine Einbindung der Eltern und Kinder in das interaktive Geschehen der Sprechstunde stattfindet, desto mehr Chancen eröffnen sich zum Gelingen einer symmetrischen Verständigung, d.h. zu einer Interaktion, an der beide Parteien aktiv beteiligt sind. Dabei sind das Zulassen und die Unterstützung elterlicher Ressourcen als bedeutsame Faktoren für eine zufriedenstellende klinische Kommunikation zu sehen.

Literaturverzeichnis

- Ainsworth-Vaughn, N. (1992). Topic transitions in physician-patient-interviews: Power, gender and discourse. In: *Language in Society* 21, 409-426.
- Beckman, H.B. & Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. In: *Annals of Internal Medicine* 101, 692-696.

- Bergmann, J. (1990). On the local sensitivity of conversation. In: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.), *The dynamics of dialogue*. New York, London: Harvester Wheatsheaf, 201-226.
- Bode, U. (1990). Psychosoziale Versorgung chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, F., Bode, U. & Schlack, H.G. (Hrsg.), *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 17-22.
- Boden, D. & Zimmerman, D. (Eds.) (1991). *Talk and social structure*. Cambridge: Polity Press [Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis].
- Drew, P. (1991). Asymmetries of knowledge in Conversational Interaction. In: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.), *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 21-48.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work. In: Drew, P. & Heritage, J. (Eds.), *Talk at Work: Interaction in institutional settings*. Cambridge: University Press, 3-65.
- Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A. & Weingarten, E. (Hrsg.) (1990). *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fiehler, R. (1990). Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A. & Weingarten, E. (Hrsg.), 41-65.
- Frankel, R.M. (1990). Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In: Psathas, G. (Ed.), *Interactional competence*. Lanham, Maryland: University Press of America, 231-262.
- Goffman, E. (1974). *Das Individuum im öffentlichen Austausch*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goffman, E. (1991). *Interaktionsrituale: Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hartog, J. (1993). Laienvorstellungen im genetischen Beratungsgespräch. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des medizinischen Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter, 115-133.
- Have, P. ten (1990). Und der Arzt schweigt: Sprechstunden-Episoden, in denen Ärzte auf Patienteninformationen sprachlich nicht reagieren. In: Ehlich, K., Koerfer, A., Redder, A. & Weingarten, E. (Hrsg.), 103-121.
- Herb, G. (1996). (Ohn-)Macht der professionell Handelnden: Plädoyer für ein ressourcenorientiertes Handeln in der Begleitung von Familien mit chronisch kranken Kindern. In: *System Familie 9*, 120-128.
- Herb, G. & Streeck, S. (1995). Der Diagnoseprozeß bei Spina Bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Personals. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44*, 150-158.
- Heritage, J. & Sorjonen, M.L. (1994). Constituting and maintaining activities across sequences: *And*-prefacing as a feature of question design. In: *Language in Society 23*, 1-29.
- Keppler, A. & Luckmann, T. (1990). 'Teaching' conversational transmission of knowledge. In: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.), *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 143-165.
- Koerfer, A., Köhle, K. & Obliers, R. (1994). Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation: Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 53-94.
- Lalouschek, J. (1995). *Ärztliche Gesprächsausbildung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Linell, P. & Luckmann, T. (1991). Aymmetries in dialogue: Some conceptual preliminaries. In: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.), *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1-20.
- Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.) (1993). *Arzt-Patienten-Kommunikation: Analysen zu interdisziplinären Problemen des Diskurses*. Berlin, New York: de Gruyter.
- Löning, P. (1993). Psychische Betreuung als kommunikatives Problem: Elizitierte Schilderung des Befindens und 'ärztliches' Zuhören in der onkologischen Facharztpraxis. In: Löning, P. & Rehbein, J. (Hrsg.), 191-227.
- Maynard, D. (1991). The-perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. In: Boden, D. & Zimmermann, D. (Eds.), *Talk and social structure*. Cambridge: Polity Press, 164-192.
- Nothdurft, W. (1992). Medizinische Kommunikation: Geschlossene Diskurssysteme. In: *Deutsche Sprache 3*, 193-206.
- Nothdurft, W., Reitemeier, U. & Schröder, P. (1994). *Beratungsgespräche: Analyse asymmetrischer Dialoge*. Tübingen: Gunter Narr.
- Redder, A. & Wiese, I. (Hrsg.) (1994). *Medizinische Kommunikation*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Sacks, H. (1972). On the analyzability of stories by children. In: Gumperz, J., Hymes, D. (Eds.), *Directions in sociolinguistics*, 325-345.

- Schubert, M. & Tatzert, E. (1987). Familien mit behinderten Kindern und ihre Helfer - zwischen Kompetenz und Resignation. In: Rotthaus, W. (Hrsg.), *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*. Dortmund: Verlag Modernes Leben, 139-146.
- Sharrock, W. & Anderson, B. (1987). Work flow in a paediatric clinic. In: Button, G. & Lee, J. (Eds.), *Talk and social organisation*, Clevedon: Multilingual Matters, 244-260.
- Shuy, R.W. (1993). Three types to an effective exchange of information in the medical interview. In: Todd, A.D. & Fisher, S. (Eds.), 17-30.
- Sohn, W. (1994). Medizinstudenten lernen mit Patienten sprechen: Erfahrungen aus zehn Jahren Rollenspiel in Seminaren der Allgemeinmedizin. In: Bliesner, T. & Brons-Albert, R. (Hrsg.), *Rollenspiele in Kommunikations- und Verhaltenstrainings*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 177-193.
- Streeck, S. (1988). *Zur Fokusfindung in der Kurzzeittherapie: Eine konversationsanalytische Studie*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Streeck, S. (1996). Was issn' des eigentlich - Supervision? Zur Präferenz für Höflichkeit bei der konversationellen Aushandlung eines psychologischen Begriffs in klinischen Interviews. In: *Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie 52*, 169-195.
- Tannen, D. & Wallat, C. (1983). Doctor/mother/child communication: Linguistic analysis of a pediatric interaction. In: Todd, A. & Fisher, S. (Eds.), 31-47.
- Todd, A. & Fisher, S. (Eds.)(1993). *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, NJ: Ablex.
- West, C. (1990). Not just doctor's orders: Directive response sequences in patients' visits to women and men physicians. In: *Discourse and Society 1*, 85-112.

Anhang

Transkription

Folgende Symbole werden für die Verschriftlichung der Äußerungen verwendet:

- > Der Pfeil hebt die Äußerung als besonders bedeutsam für das zu diskutierende Detail heraus.
- o Bei gleichzeitigem Sprechen von zwei SprecherInnen kommt es zu *Überlappungen*; Anfang und Ende sind mit Schrägstrichen / markiert.
- o Bei *Wort- oder Äußerungsbrüchen* wird ein doppelter Schrägstrich // benutzt.
- o Wenn ohne die geringste zeitliche Verzögerung ein Turn am vorherigen ansetzt, handelt es sich um eine *Anklebung*, und diese wird mit einem Gleichheitszeichen = kenntlich gemacht.
- o *Pausen* zwischen den Äußerungen werden in Sekunden gezählt und in Klammer gesetzt (3) oder in drei Einheiten (beats) pro Sekunde unterteilt: (.)(..)(...)
- o *Wortdehnungen* sind durch Doppelpunkte indiziert.
- o Anhebung oder Senkung der *Intonation* wird mit einem aufwärts gerichteten ↑ bzw. abwärts gerichteten ↓ Pfeil angezeigt.
- o Kommen Fehlplanungen oder *Reparaturen* vor, werden sie mit Gedankenstrichen gezeigt.

- o Die Großschreibung eines Wortes oder Äußerungsteiles bedeutet *lautes Sprechen*.
- o *Hörbares Ausatmen* wird in Klammern gesetzt, mit einem Punkt am Ende (hhh.), *hörbares Einatmen* wird mit einem Punkt am Beginn angezeigt (.hhh).