

1 Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration¹

Thomas Spranz-Fogasy

1.1 Einleitung

Ärztliche Gespräche sind „Arbeit“ für den Arzt, in der Praxis des niedergelassenen Arztes machen sie den größten Teil des professionellen Handelns aus. Gespräche sind *das* Arbeitsinstrument des Arztes. Jedes ärztliche Gespräch mit Patientinnen ist therapeutisch wirksam, es dient der Anamnese, der Mitteilung einer Diagnose und der Entwicklung einer Therapie. Grund genug also, Gespräche und Reden genau zu kennen und sich darin auszubilden. Die Kenntnis der grundlegenden Mechanismen und Strukturen von Gesprächen gehören wie Techniken der Gesprächsführung zum Handwerkszeug des Arztes, sie können erlernt und eingeübt werden, und ihre Kenntnis macht sensibel für Prozesse der therapeutischen Beziehung zwischen Ärztin und Patientin. Dabei sollte aber nicht verkannt werden, dass es nicht allein die Gesprächs-„Handlungen“ des Arztes sind, die das Gespräch ausmachen: Alle Beteiligten leisten ihren Beitrag, und alle Beiträge sind gleichermaßen von Bedeutung.

In diesem Aufsatz werden grundlegende Eigenschaften von Gesprächen im Allgemeinen und Kommunikationsstrukturen ärztlicher Gespräche im Besonderen aus einer sprachwissenschaftlichen Perspektive dargestellt [im Überblick Löning 2001]. Damit werden zum einen Aspekte von Gesprächen sichtbar, die dem medizinischem Handeln zugrunde liegen und es in vielen Hinsichten mitbestimmen. Zum anderen erleichtert eine solche andere, nicht-medizinische Perspektive auch eine erweiterte Wahrnehmung von Gesprächsprozessen, ihren Bedingungen und ihren Auswirkungen.

Zunächst werden allgemeine Eigenschaften von Gesprächen vorgestellt (1.2.), der Handlungsablauf ärztlicher Gespräche untersucht (1.3.) und daran anschließend sollen detailliert Erkenntnisse über sprachliches Handeln

- in der Phase der Gesprächseröffnung (1.4.) und
- bei der Beschwerdenexploration (1.5.)

präsentiert werden. Zentrale Ergebnisse werden regelmäßig in tabellarischer Form aufbereitet.

¹ Für ausführliche Überarbeitungshinweise danke ich Bettina Eltester, Johanna Lalouschek und Susanne Ditz.

1.2 Grundlagen der linguistischen Gesprächsanalyse

1.2.1 Grundeigenschaften von Gesprächen

Wo immer Gespräche geführt werden, unterliegen sie bestimmten Bedingungen allgemein gültiger Art. In der linguistischen Gesprächsanalyse werden fünf allgemeine Merkmale von Gesprächen als ihre Grundeigenschaften hervorgehoben [Deppermann 1999]:

Grundeigenschaften von Gesprächen

| | |
|-----------------|--|
| Konstitutivität | Gespräche werden von den Teilnehmern selbst hergestellt |
| Prozessualität | Gespräche verlaufen in der Zeit und entstehen durch die Abfolge von Äußerungen |
| Interaktivität | Gespräche bestehen aus aufeinander bezogenen Äußerungen verschiedener Gesprächspartner |
| Methodizität | Gesprächsteilnehmer verwenden kulturspezifische kommunikative Muster in methodischer Weise |
| Pragmatizität | Gespräche sind durch die Zwecke und Ziele der Teilnehmer bestimmt |

Diese Grundeigenschaften sind unmittelbar von Bedeutung für die Gesprächspraxis, weil darin der Schlüssel für eine Veränderung der Gesprächspraxis liegt: Alles, was Gesprächsteilnehmer tun, kann hinsichtlich dessen betrachtet werden, inwiefern es der Herstellung von Gesprächen dient, den Gesprächsprozess beeinflusst, auf den Austausch der beteiligten Individuen bezogen ist usw. Dies hilft, Gespräche unter einem einheitlichen Gesichtspunkt zu betrachten und die Handlungen der Gesprächsteilnehmer hinsichtlich ihrer kommunikativen Funktion einzuschätzen.

1.2.2 Ebenen der Interaktionskonstitution

Die Eigenschaft der Konstitutivität, also der Herstellung von Gesprächen durch die Gesprächsteilnehmer selbst, lässt sich in verschiedenen Hinsichten weiter differenzieren. Diese werden als *Ebenen der Interaktionskonstitution* beschrieben [Kallmeyer 1988]:

- Die Ebene der *Gesprächsorganisation* betrifft den formalen Ablauf von Gesprächen z.B. seine Eröffnung oder Beendigung oder die Regelung des Austauschs von Sprechbeiträgen.

- Die Ebene der *Sachverhaltsdarstellung* bezieht sich auf Inhalte und Themen und deren Organisation in Darstellungsmustern.
- Auf der Ebene der *Handlungskonstitution* werden Zwecke und Ziele von Gesprächen von den Teilnehmern hergestellt und bearbeitet. Gesprächshandlungen sind unterschiedlich umfangreich, das Spektrum reicht von Äußerungshandlungen wie z. B. Fragen oder Verordnungen über komplexe Darstellungsformen wie die Beschwerdenschilderung bis hin zu ganze Gespräche umfassenden Handlungen wie etwa Beraten.
- Die Ebene *sozialer Identitäten und Beziehungen* bezieht sich auf die Definition sozialer und interaktiver Rollen und Beziehungen wie z. B. Ärztin–Patientin.
- Die Ebene der *Interaktionsmodalitäten* betrifft die Markierung der Art und Weise der laufenden Interaktion, ob es sich beispielsweise um ernste Gespräche, um eingeschobenen Smalltalk oder um institutionelle Kommunikation handelt.
- Auf der Ebene der *Reziprozitätsherstellung* stellen Gesprächsteilnehmer Verständigung und Kooperation sicher z. B. durch Bestätigungen oder Nachfragen.

Ebenen der Interaktionskonstitution

Gesprächsorganisation
 Sachverhaltsdarstellung/Inhalt
 Handlungszwecke und -ziele
 Identitäten und Beziehungen
 Interaktionsmodalität
 Reziprozität/Verständigungssicherung

Die genannten Ebenen greifen in realen Gesprächen auf vielfältige Weise ineinander und bedingen einander wechselseitig. Sie stellen aber jeweils besondere Aufgaben an die Beteiligten und bieten jeweils spezielle Möglichkeiten der Gesprächsgestaltung.

1.2.3 Das Konzept des Handlungsschemas

Spielen alle Ebenen in komplementärer Weise eine bedeutsame Rolle bei der Herstellung und Durchführung von Gesprächen, so ragt dennoch für eine praxisorientierte Betrachtung eine Ebene heraus, die Ebene der Handlungskonstitution. Auf ihr werden Gesprächsziele entfaltet und organisiert, sie ist der Maßstab jeder professionellen und institutionellen Kommunikation, für die auch beispielsweise selbst die therapeutische Beziehungsarbeit nur funktional sein kann – im Vordergrund steht die Hilfe für die Patientinnen.

Wie für alle anderen Ebenen der Interaktionskonstitution, so konnten auch für die Ebene der Handlungskonstitution anhand der Untersuchung systematisch vorkommender Aktivitäten von Gesprächsteilnehmern übergreifende Orientierungsmuster festgestellt werden. Diese *Handlungsschemata* werden von Gesprächsteilnehmern in Kraft gesetzt, sie qualifizieren das Gespräch als bestimmten Gesprächstyp (wie Diskussion, Beratung etc.) und sie erlauben es den Gesprächsteilnehmern, ihre Äußerungen projektiv und retrospektiv an eine solche übergreifende Handlungsorientierung zu binden (ausführlich zum Konzept des Handlungsschemas siehe Spiegel und Spranz-Fogasy [2002]). Ein solches Handlungsschema enthält Vorstellungen darüber,

- was die notwendigen und fakultativen Bestandteile einer komplexen Gesprächshandlung sind (Komponenten „was dazu gehört“),
- wie die idealtypische Abfolge dieser Komponenten verläuft (Abfolge-logik: „was wann kommt“) sowie
- Angaben über bestimmte Beteiligungsaufgaben für die Gesprächsteilnehmer (Verteilung: „wer was macht“).

Ein Handlungsschema stellt also eine komplexe Hierarchie von Aufgaben dar, die von den Gesprächspartnern gemeinsam, nacheinander und im Wechsel zu bewältigen sind.

Hinsichtlich der Handhabung dieser Komponenten zeigen sich die Gesprächsteilnehmer relativ flexibel. Dabei richten sie sich nach den spezifischen Anforderungen des konkreten Gesprächs und erweitern oder reduzieren ihre Gesprächsaktivitäten entsprechend. Die Ermittlung eines Handlungsschemas, wie z. B. das des ärztlichen Gesprächs, erlaubt die genaue Beschreibung der Variation und Funktion des kommunikativen Handelns gänzlich unterschiedlicher Gespräche dieses Interaktionstyps und damit auch einen Vergleich zur Einschätzung von günstigeren und weniger günstigen Vorgehensweisen.

1.3 Die Handlungsstruktur des ärztlichen Gesprächs

Zur Beschreibung des Handlungsschemas eines ärztlichen Gesprächs müssen zunächst einige Festlegungen getroffen werden. Ärzte führen ja eine große Zahl ganz unterschiedlicher Gespräche. Sie unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Faktoren *Institution* (z. B. Klinik oder Praxis), *Gesprächspartner* (z. B. Patientinnen, Kolleginnen, Pflegepersonal, Leistungsanbieter, Kassenvertreter) und *Aufgabenstellung* (Visite, Vorsorge, Anamnesegespräch, körperliche Untersuchung etc.). Für die Zwecke dieses Beitrags wird eine Beschränkung auf das Erstgespräch in der Praxis des niedergelassenen Arztes vorgenommen. Es geht also um das erste Gespräch zwischen Ärztin und Patientin in Bezug auf ein bestimmtes Krankheits- oder Beschwerdebild.

Die Darstellungen basieren auf der Analyse von 60 Gesprächen, die bei fünf verschiedenen Ärzten und Ärztinnen unterschiedlicher Fachrichtung (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Urologie) aufgezeichnet und sprachwissenschaftlich ausgewertet wurden (zur Vorgehensweise der sprachwissenschaftlichen Gesprächsanalyse siehe Deppermann [1999]). Die Auswertung dieser Gespräche ergab, dass das Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs fünf zentrale *Komponenten* enthält, die nacheinander von den Teilnehmern hergestellt und bearbeitet werden müssen:

Handlungsschema ärztlicher Gespräche

1. Begrüßung und Gesprächseröffnung
2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration
3. Diagnosestellung
4. Therapieplanung und -entwicklung
5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

1. *Begrüßung und Gesprächseröffnung* dienen der Herstellung der Interaktionsbeziehung und sind im ärztlichen Gespräch zugleich der Beginn der Beschwerdenexploration. Die Gesprächsteilnehmer leisten hier verbal z.B. durch Grußformeln oder nonverbal wie etwa durch Blickkontakt die wechselseitige Identifizierung und stellen gemeinsam Gesprächsbereitschaft her. Die weitere gemeinsame Aushandlung von Handlungsaufgaben – möglicherweise nach einem kurzen Smalltalk – markiert dann den Übergang zur Kernphase, der kommunikativen „Behandlung“ eines vom Patienten wahrgenommenen Beschwerdensachverhalts. In diesem Übergang findet in aller Regel auch die Verteilung der Beteiligungsrollen als Arzt und Patientin statt. Dies geschieht meist implizit, gelegentlich aber auch explizit durch Formulierungen wie z. B. „ich brauche Ihre Hilfe“. Die strukturellen Beteiligungsvorgaben sind bei Begrüßung und Gesprächseröffnung durch institutionelle Gegebenheiten verteilt: Die Begrüßung wird in der Regel durch die Ärztin initiiert und auch für die eigentliche, inhaltliche, Gesprächseröffnung muss die Ärztin ihre Bereitschaft signalisieren. Formen der Gesprächseröffnung durch die Ärztin mit ihren unterschiedlichen Chancen und Problempotenzialen werden unten ausführlicher behandelt.
2. *Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration*² sind komplementäre Aktivitäten von Patientin und Arzt. Hier geht es darum, das spezifische Fallwissen über die Beschwerden seitens des Patienten und das allgemeine medizinische Wissen des Arztes für die Zwecke des Gesprächs angemessen abzugleichen. Diese Gesprächs-

2 Der Beitrag beschränkt sich auf die *kommunikativen* Strukturen ärztlicher Gespräche. Ich sehe daher ab von spezifischen Elementen wie der Einbeziehung körperlicher Untersuchung oder labordiagnostischer Verfahren. Ausführliche Darstellungen dazu finden sich in Ripke [1994].

phase kann sehr unterschiedlich gestaltet sein, je nach den Möglichkeiten der Patienten zur Darstellung einerseits und den Eingriffen oder Ergänzungswünschen bzw. -anforderungen des Arztes andererseits. Diese Phase zeichnet sich durch ein Wechselspiel von Schilderung und explorativen Aktivitäten aus. Die explorativen Aktivitäten von Ärzten in dieser Gesprächsphase werden unten genauer behandelt und in ihren Auswirkungen dargestellt.

3. Die *Diagnosestellung* ist eine zentrale, oft jedoch hinsichtlich ihrer kommunikativen Behandlung von Ärzten vernachlässigte Gesprächsphase. In ihr geht es darum, eine für beide Seiten gemeinsame Definition des von der Patientin vorgestellten und mit ihr ausgehandelten Beschwerdebildes zu finden und zu formulieren. *Die unklare oder gar gänzlich unterlassene Definition von Problemsachverhalten behindert die Lösungsfindung oder macht sie sogar unmöglich.* Diese Problematik ergibt sich daraus, dass aktive Mitarbeit ein Verständnis dessen voraussetzt, „um was es geht!“. Dass dabei auch die Compliance der Patientin, also ihre Mitarbeit an der Therapie, gefährdet ist, ergibt sich von selbst.
4. In der Phase der *Therapieplanung* und *-entwicklung* müssen die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotenenem und den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt werden. Dabei stehen zunächst Aktivitäten der Ärztin im Vordergrund, die Entwicklung eines Therapieplans und seine Erläuterung, dann aber auch die kommunikative Einbindung der Patientin und ihre nach Möglichkeit aktive Übernahme der Therapievorschlüge. Für den spezifischen Zusammenhang der kommunikativen Formen der Verordnung von Medikamenten sei auf Spranz-Fogasy [1988] verwiesen.
5. *Gesprächsbeendigung und Verabschiedung* werden durch *Beendigungsinitiativen*, meist des Arztes, eingeleitet und durch Zusammenfassungen wie wechselseitige Vergewisserungsbeiträge abgesichert (wobei eine Rückkehr zur Kernphase, also den Komponenten 2 bis 5, grundsätzlich möglich ist). In dieser Phase werden abschließend oft noch Bewertungen der Beschwerdesachverhalte oder des Therapieplans vorgenommen; immer wieder werden aber auch gänzlich neue Initiativen seitens des Patienten gestartet. Als Beendigungsinitiativen gelten auch Resümees, Terminabsprachen oder Ausblicke auf zukünftiges Handeln der Gesprächspartner. Die Gespräche werden in der Regel durch Verabschiedung qua paarweise auftretender Grußformeln beendet.

Die Darstellung des Handlungsschemas erfolgte hier in einer idealtypischen Weise. Idealtypisch bedeutet dabei nicht, dass dies der ideale Ablauf eines ärztlichen Gesprächs wäre, sondern dass diese Reihenfolge zum einen den häufigsten Ablauf darstellt und zum anderen damit auch eine *handlungslogische* Reihenfolge gegeben ist. Einzelne Aufgaben des Handlungsschemas können dabei von den Teilnehmern in mehreren Anläufen oder Runden bearbeitet werden, oder es werden bestimmte Teilaufgaben vorgezogen oder zu

einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Handlungsphase nachgeholt: So werden in einem ärztlichen Gespräch oft frühzeitig schon in der Phase der Beschwerdenexploration bereits Bedingungen einer möglichen Therapie geklärt (z. B. die berufliche oder familiäre Situation) oder es werden bei der Entwicklung von Therapievorschlügen noch einmal bisher vernachlässigte Aspekte des Beschwerdebildes erörtert.

Bei einem Handlungsschema handelt es sich also um eine grobe Ablaufstruktur, mit der Gesprächsteilnehmer ihr Gespräch organisieren und an der sie sich auch in den Details ihrer Gesprächsaufgaben orientieren können. Im Folgenden sollen nun einige Aspekte ärztlicher Gespräche genauer betrachtet, und anhand von Beispielen Möglichkeiten, Chancen und Risiken einzelner sprachlicher Handlungen verdeutlicht werden. Ausführlicher wird dabei auf die sprachlichen Aktivitäten im Rahmen der Beschwerdenexploration eingegangen. Die Möglichkeiten der Gesprächseröffnung durch den Arzt wird hingegen zusammenfassend dargestellt. Hier sei auf die ausführliche Darstellung in Spranz-Fogasy [1987] verwiesen.

1.4 Alternativen der Gesprächseröffnung

Der Einstieg in das ärztliche Gespräch ist für beide Seiten eine heikle Angelegenheit. Hier beginnt das Gespräch über gesundheitliche Probleme und Beschwerden und es finden sich wesentliche Momente der Beziehungsdefinition. Wenn manche Ärzte den ersten Äußerungen ihrer Patienten so viel Wert zumessen, dass sie diese im Wortlaut notieren und aus ihnen schon wesentliche diagnostische Erkenntnisse ziehen [Ripke 1994], so gilt sicher auch umgekehrt, dass erste ärztliche Äußerungen in besonderer Weise von Patientinnen wahrgenommen werden.

1.4.1 Kommunikative Aufgaben

Was sind nun die kommunikativen Aufgaben, die sich Ärztin und Patientin am Gesprächsbeginn stellen? Nach Begrüßung, Regelung der Sitzordnung und anderen Präliminarien geht es zunächst darum, die Aufmerksamkeit aufeinander und auf die Aufgaben des kommenden Gesprächs auszurichten. Diese Fokussierung wird oft verbal demonstriert mit Äußerungen wie *so*, *na* oder *gut* oder auch mit direkter Anrede. Die Ärztin zeigt damit an, dass sie jetzt bereit ist, sich die Beschwerdenschilderung des Patienten anzuhören und vorherige Äußerungen als Vorgespräch gelten sollen. Eine solche Klärung der Gesprächssituation ist erforderlich, weil im Anschluss daran die zweite, wesentliche Aufgabe eines ärztlichen Gesprächs ansteht: das Problem der Beschwerdenschilderung, d. h. der Vermittlung des Patientenwissens über den oft sehr

komplexen Sachverhalt der Beschwerden. Problembeladen ist diese Vermittlung vor allem wegen einer besonderen Eigenschaft dieses Wissens, seiner Authentizität und Privatheit: Was vorläufig nur die Patientin weiß, soll im Folgenden in einem interaktiven Prozess in gemeinsames Wissen umgewandelt werden und zwar mindestens so weit, dass die Ärztin mit diesem Wissen und ihrem typisierten professionellen Wissen therapeutische Schritte einleiten kann.

Mangelnde Klärung der Gesprächssituation in dieser Phase führt zu mangelnder Aufmerksamkeit. Ein Beispiel für einen „Fehlstart“ mit nachfolgenden Turbulenzen ist folgender Gesprächsausschnitt:³

A: so naa ** was führt sie denn hierher *2*
 P: guten
 A: setzen sie sich mal * mh
 P: morgen ich bin mit mei/
 A: jaa
 P: ich hab also wahnsinnige magenschmerzen mir ist
 P: immer so übel und nu geht das schon * drei wochen lang so

Die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung ist erkennbar zu früh gestellt, die Patientin (P) befindet sich noch mitten in der Begrüßungsphase, sie hat noch keinen angemessenen Platz gefunden und muss dazu von der Ärztin (A) erst noch eingeladen werden. Die Ärztin muss dann ihre Aufforderung zur Beschwerdenschilderung, wenn auch sehr verkürzt, wiederholen (mh). Die Reaktion der Patientin ist eine leichte Unsicherheit, sie muss zwei Anläufe machen, um ihre Beschwerdenschilderung beginnen zu können (1. ich bin mit mei/, 2. ich hab also wahnsinnige magenschmerzen). Die Mittel zur Fokussierung (so und naa) wurden von der Ärztin erkennbar zu früh eingesetzt.

Es genügt also nicht, mit solchen Signalen die Aufmerksamkeit zu fokussieren, Präliminarien und Begleitumstände müssen es auch zulassen, dass die ungeteilte Aufmerksamkeit überhaupt möglich ist.

Ist die Aufmerksamkeit in ausreichendem Maße hergestellt, kann die Aufforderung zur Beschwerdenschilderung seitens des Arztes erfolgen. Die Untersuchung vieler ärztlicher Gespräche hat ergeben, dass Ärzte ganz unterschiedliche Möglichkeiten wählen, um diese Aufforderung zu realisieren. Das Spektrum reicht dabei von sehr einschränkenden Vorgaben bis zur völligen Offenhaltung für die Darstellung des Patienten. Die vorgefundenen Varianten sollen im Folgenden in einem Spektrum von direktiv zu non-direktiv vorgestellt und diskutiert werden.

³ Richtlinien zur Transkription finden sich im Anhang des Buches. Sie gelten für alle Gesprächsausschnitte.

1.4.7 Eröffnungszüge in ärztlichen Gesprächen

Gelegentlich bilden sich Ärzte bereits vor dem eigentlichen Gespräch mit dem Patienten eine bestimmte Vorstellung über den Grund des Arztbesuchs, z. B. aufgrund äußeren Anscheins, bestimmter Vorinformationen usw. Dies führt oft zu einer direkten *Entscheidungsfrage*, um sich eine solche Vermutung bestätigen zu lassen:

A: gibts irgendwas neues heute oder äh * kommen sie

A: wegen der alten sache ne

P: ich komm wegen ner andern

P: sache [...]

Der Patient muss hier den Arzt aktiv neu orientieren und gegen bereits gefasste Vermutungen angehen. Dies kann je nach dem Grad der Verfestigung solcher Voreinstellungen durchaus schwierig werden.

Eine weitere Frageform stellt die *inhaltliche Frage* dar. Damit sind Formulierungen gemeint, die bereits explizit auf einen Beschwerdesachverhalt zielen, z. B. „Was haben Sie denn für Beschwerden?“. Hier wird als Reaktion eine bestimmte sprachliche Handlung, eine Antwort erwartet, d. h. es besteht ein bestimmter *Handlungszwang*. Darüber hinaus wird auch der inhaltliche Bereich eingeengt.

Zwei andere Formen von Gesprächseröffnungen sind die *offene Frage*, z. B. „Was kann ich für Sie tun?“ bzw. „Was führt Sie zu mir?“, und die *rituell-offene Frage*: „Wie geht es Ihnen?“. Beide Fragetypen lassen dem Gegenüber zwar inhaltlich relativ viel Raum, sie geben aber *als Frage* wiederum die Notwendigkeit einer bestimmten Handlungsreaktion, einer Antwort vor. Die *rituell-offene Frage* birgt zudem das Dilemma, zwei Reaktionsanforderungen gleichzeitig zu erheben, nämlich als Begrüßungsritual und als Aufforderung zur Beschwerdenschilderung. Viele Patienten reagieren darauf, indem sie diese Anforderungen nacheinander bearbeiten, was zu teilweise grotesken Widersprüchen führt:

A: so ** wie gehts denn so im moment

P: ich och im moment

P: ganz gut nur die luft

Wie sich im späteren Verlauf des Gesprächs herausstellt, bezieht sich die Patientin mit dem Ausdruck *luft* auf massive und ernst zu nehmende Herzbeschwerden.

Nicht alle Eröffnungszüge sind jedoch als Frage formuliert. Eine andere Handlungsform stellen Aufforderungen dar. Typisch im ärztlichen Gespräch sind drei Formen von Aufforderungen, die *offene Aufforderung* („Nun erzählen Sie mal!“), die *inhaltliche*

Aufforderung („Erzählen Sie doch, warum Sie hier sind!“) sowie die *implizite Aufforderung*, die meist nur intonatorisch markiert wird („Na, Frau Müller?“). Solche Aufforderungen erschließen der Patientin ein relativ weites Feld von Reaktionsmöglichkeiten, binden sie aber immer noch an vom Arzt vorgegebene sprachliche Formen.

Im Gegensatz dazu zeigt der folgende Gesprächsausschnitt einen völlig offenen Beginn:⁴

A: der ist kaputt * der stuhl der is *

P: der is kaputt

A: nee der is der is kaputt und den kannsch nehmen

P: ah ja *5* HUSTET *2* tja ** LACHT *7*

A: tja LACHT

P: und zwar ich komm weils mir im moment

P: * seit drei tagen * total komisch geht [...]

Nach Klärung der Gesprächsumstände (Sitzordnung) zeigt sich der Arzt lediglich gesprächsbereit und aufmerksam, ohne durch Fragen oder formulierte Aufforderungen den Aktionsradius der Patientin einzuschränken. Die längeren Pausen zeigen eine Unsicherheit der Patientin an, mit einem solch offenen Anfang umzugehen (was sich bei den Patienten dieses Arztes bald legt). Sie entwickelt dann aber ganz von sich aus und damit ohne eine „Rahmung“ durch den Arzt ihre Beschwerdenschilderung. Diese Art der Gesprächseröffnung kann als *Sich-zur-Verfügung-Stellen* bezeichnet werden.

Bei den verschiedenen Varianten von Eröffnungszügen können also drei Grundformen unterschieden werden, Fragen, Aufforderungen und offenes *Sich-zur-Verfügung-Stellen*, die hier noch einmal zusammengefasst und mit typischen Formulierungsbeispielen versehen werden:

Typische Eröffnungszüge in ärztlichen Gesprächen

Typen

Entscheidungsfrage

offene Frage

rituell-offene Frage

inhaltliche Frage

offene Aufforderung

inhaltliche Aufforderung

implizite Aufforderung

Sich-zur-Verfügung-Stellen

Beispielformulierungen

Sie kommen wegen Ihrer Rückenbeschwerden?

Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir?

Wie geht es Ihnen?

Was haben Sie für Beschwerden?

Nun erzählen Sie mal!

Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind!

Na, Frau Müller?

Signalisierung von Aufmerksamkeit (z. B. durch Blickkontakt)

4 Dieser Arzt ist mit vielen PatientInnen per Du.

Als Fazit der Untersuchung von Gesprächseröffnungen lassen sich folgende Überlegungen anstellen: *Fragen und formulierte Aufforderungen jedweder Art definieren einen Rahmen, innerhalb dessen sich die Reaktion von Patienten bewegen muss. Eine ganz freie Gestaltung ist daher nicht mehr möglich.*

Mit dem Konzept des Sich-zur-Verfügung-Stellens ist eine solche Möglichkeit gegeben, die auch praktikabel ist. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen darin, dass der Patient seine Beschwerdenschilderung nach seinen Bedürfnissen gestalten *kann*, aber auch gestalten *muss*, worin durchaus diagnostische Möglichkeiten liegen. Die Analyse von Problempräsentationen in Beratungsgesprächen zeigt, dass es unterschiedliche Prinzipien im Aufbau solcher Darstellungen gibt und dass damit Problemtypen definierbar werden [Nothdurft 1984]. So ist von Bedeutung, ob eine Problemschilderung das *Problem* selbst, das konkrete *Anliegen* oder beispielsweise auch die *institutionelle Karriere* eines Problems fokussiert. Insbesondere ist es in ärztlichen Gesprächen wichtig, auf das Anliegen von Patienten zu achten, das sich erheblich von einer von der Ärztin lediglich erschlossenen Problemlage unterscheiden kann, und notfalls eine Anliegenformulierung konkret zu erfragen (i. S. „Was kann ich denn genau für Sie tun?“). Für die Ärztin ergeben sich aus der Untersuchung von Gesprächseröffnungen einige Konsequenzen. Sie muss in erster Linie einmal genügend Ruhe und Aufmerksamkeit für das Gespräch schaffen (sind noch andere Personen überflüssigerweise im Raum, sind die nötigen Unterlagen zur Hand, sitzen Patientin und Ärztin etc.). Am wichtigsten ist dann, dem Patienten die *ungeteilte Aufmerksamkeit* und *ausschließliche Zuwendung* zu demonstrieren. Direktive Festlegungen auf der Basis von Karteikartenwissen determinieren die Darstellungen der Patientin in hohem Maße, Entscheidungsfragen engen ihren Handlungsraum auf eine Ja/Nein-Option ein. Die vorliegende Beschreibung der verschiedenen Eröffnungszüge macht es möglich, verschiedene Varianten zu wählen und zu erproben.

1.5 Aktives Zuhören und aktive Beschwerdexploration

Im Rahmen der Beschwerdenschilderung durch die Patientin ist für den Arzt auch aktives Zuhören und aktive Beschwerdexploration geboten. Dies dient der Ausarbeitung einer Diagnose, ihrer Überprüfung und Absicherung. Aktives Zuhören umfasst dabei gezielte Rückmeldung an die Patientin, verständnissichernde Reformulierungen sowie begleitende Kommentare zu den Darstellungen der Patientin. Zuhören ist ein aktives und kooperatives Handeln, das der Patientin die für beide Seiten optimale Entfaltung ihrer Problemsicht ermöglicht.

1.4.1 Rückmeldung an den Patienten

Anhand eines längeren Gesprächsausschnitts soll zunächst einmal sichtbar gemacht werden, in welcher Weise *Rückmeldesignale* die Rede eines Sprechers mitorganisieren bzw. ihm helfen, seine Rede fortzuführen:

- P: [...] ich komm weils mir im moment also *
seit drei tagen * total komisch geht * dass
ich nämlich * ahm ** so die stimmen
- P: so weiter weg höre und selber so **
- (1) A: mhm
- P: also wie * wie wenn ich schlafe
- (2) A: mhm
- P: am freitag abend hats angefangen * abends auf
so ner fete und na hab ich gedacht * ähn des
- P: kommt vom * wetter oder so ne
- (3) A: ja
- P: also ich muss mich konzentrieren damit ich
- P: mitkrieg was der andere sacht
- (4) A: ja

Die Rückmeldesignale (1) – (4) in diesem Beispiel erfüllen im Hinblick auf die Organisation der Rede der Patientin sichtlich unterschiedliche Funktionen. Im ersten Fall wird durch die Pause (**) angezeigt, dass die Patientin Schwierigkeiten mit ihrer Formulierung hat; durch das unterstützende abwartende Rückmeldesignal (mhm) macht der Arzt klar, dass er der Patientin Zeit lassen wird, ihre Formulierung zu vollenden oder – wie es dann ja auch geschieht – eine andere Formulierung zu finden. Diese andere Formulierung wird dann von ihm mittels eines bestätigenden Rückmeldesignals als verständlich und inhaltlich einsichtig akzeptiert (2).

Signal (3) zeigt sehr schön die Synchronizität, d. h. das Aufeinander-abgestimmt-Sein von Arzt und Patientin in der Organisation ihrer Interaktion. Das informationsverstärkende und bestätigungsheischende *ne* der Patientin wird zur gleichen Zeit gesprochen, wie das unterstützende *ja* des Arztes, das ihr seine Aufmerksamkeit signalisiert (Aufmerksamkeitssignal).

Signal (4) schließlich demonstriert den „grammatikalischen“ Bezug von Rückmeldesignalen: Genau nach Abschluss einer Äußerung, die unter schriftsprachlichen Gesichtspunkten als Satz bezeichnet wird, findet sich die Bestätigung des Arztes (Gliederungssignal). Hier wird die gedankliche und praktische Mitarbeit des Zuhörers an der Redegliederung des Sprechers deutlich.

Wichtig bleibt nach dieser kurzen Analyse vor allem festzuhalten, mit welcher Genauigkeit Rückmeldesignale eingesetzt werden. Selbst die größere Pause (**) vor (1) bewegt sich noch in einem Bereich unter einer Sekunde, und die anderen Signale sind zeitlich noch viel präziser gesetzt worden.

Rückmeldesignale haben allerdings nicht immer eine solch empathische oder gar ermunternde Funktion. Ein minimal früherer Einsatz solcher Signale bewirkt oft das Gegenteil von Redeunterstützung. Interaktionspartner nehmen in einem solchen Fall Eile wahr

oder den Willen des Gesprächspartners, das Rederecht zu übernehmen und werden entsprechend verunsichert. Dies gilt auch für eine andere Form der Rückmeldung, für die *antizipierende Rückmeldung*; die innere Logik unserer Rede lässt uns immer wieder deutlich werden, wann und mit welchen Worten ein Interaktionspartner seine Äußerung beenden wird, sodass wir sogar in der Lage sind, als Hörer die Rede des Partners zu vollenden:

P: [...] sonst hab ichs immer im herbst gehabt jedes
jahr und weiß nich jetzt hab ich mich gerettet bis

A: * bis frühjahr ziehen se jackett mal aus

P: im frühjahr rein

Unmittelbar an die Satzvollendung schließt der Arzt hier seine Aufforderung zu einer körperlichen Untersuchung an. Er vermittelt damit ein Gefühl von Eile; es ist weniger die Gleichzeitigkeit der Gedanken beider Partner, die der Patient hier wahrnehmen wird, als vielmehr die Ungeduld, mit der der Arzt dafür sorgt, dass der Patient seine Rede beendet und er selbst den Ablauf des Gesprächs in die Hand nehmen kann.

Das zweite Beispiel einer antizipierenden Rückmeldung bietet eine Fülle von wichtigen Anregungen für den Umgang mit der Möglichkeit, Äußerungen eines Interaktionspartners von sich aus zu vollenden:

P: [...] ich kanns gar nicht so richtig

P: auf die reihe kriegen** tja des wars

A: auf die rolle kriegen

A: scheint dich doch * viel zu terrorisieren

Hier fallen zwei Dinge ins Auge. Der Arzt hat offensichtlich richtig erkannt, dass die Patientin ihre Beschwerdenschilderung vorläufig beenden will (deutlich an ihrem *tja des wars*); seine Gedanken laufen also mit denen der Patientin synchron. Andererseits wird aber auch sichtbar, dass Satzvollendungen nicht immer „richtig“ sind im Sinne des jeweiligen Sprechers (*rolle statt reihe*); es sind andere Fälle denkbar, wo ein Zuhörer mit seinen Gedanken völlig an den Überlegungen des Sprechers vorbeizieht, und dieser keine Gelegenheit zu einer schnellen Korrektur hat.

Eine weitere Form der Rückmeldung ist die *Rückmeldung eines Verständnisproblems*. Nicht immer sind die Beschwerdenschilderungen von Patienten unmittelbar verständlich. Rückmeldungen beinhalten dann eine Aufforderung an den Interaktionspartner, das Missverstehen zu beseitigen. Sie haben daher einen stärker interventiven Charakter: Der Interaktionspartner wird aufgefordert, das Verständnisproblem zu beseitigen.

Während die Rückmeldung eines Verständnisproblems die Sprecherrolle des Gegenüber unterstützt, haben wir im Beispiel oben auch schon die Übernahme der Sprecherrolle durch den Arzt erkennen können. Das Beispiel belegt, dass Rückmeldesignale

vielfach die Funktion eines Schaltelements für den Sprecherwechsel haben. Das ist nur deshalb möglich, weil mit solchen Rückmeldesignalen Bestätigungen für die Gemeinsamkeit des Wissens gegeben werden.

Als letzte hier wichtige Form der Rückmeldung soll die *sichernde Rückmeldung* diskutiert werden. Die Sicherung gemeinsamen Wissens ist eine Aufgabe, die sich Interaktionspartnern im Laufe ihrer Interaktion durchgehend stellt, und die meist nur en passant erfüllt wird. Sehr selten ist sie so explizit formuliert, wie im folgenden Beispiel:

A: [...] dann geht das oder mhm mhm

P: ja dann gehts

A: dann geht es mhm

Arzt und Patient bestätigen sich hier wechselseitig das Vorhandensein und das Verstehen eines bestimmten Krankheitsgeschehens; der Arzt macht durch seine wiederholende Bestätigung deutlich, dass dieser Teil des Krankheitsgeschehens zu einem wichtigen Bestandteil des gemeinsamen Wissensbestandes wurde. Die Sicherung gemeinsamen Wissens geschieht durch eine Wiederholung von Teilen der Äußerung des Patienten. Dies ist strukturell auch die sicherste Form der Rückmeldung, da dem Interaktionspartner demonstriert wird, dass seine Worte „angekommen“ sind.

Als Zwischenresultat der bisherigen Analyse lassen sich sieben verschiedene Formen der Rückmeldung festhalten. Deren Wirkungsweise soll in einer Liste anhand von Formulierungen verdeutlicht werden, die in etwa angeben, was der Hörer dem Sprecher damit signalisieren will.

Formen der Rückmeldung

Formen

Aufmerksamkeitssignal

Abwartendes Rückmeldesignal

Bestätigendes Rückmeldesignal

Gliederungssignal

Sichernde Rückmeldung

Antizipierendes Rückmeldesignal

Rückmeldung eines Verständnisproblems

Beispielformulierungen

Ich höre aufmerksam zu

Nimm Dir ruhig Zeit

Jetzt verstehe ich Dich

Bis jetzt ist mir alles klar

Ist es das, was Du sagen willst

Ich weiß schon, was Du sagen willst

Das habe ich nicht verstanden

Zu den verschiedenen Formen der Rückmeldung gibt es ein umfangreiches Inventar sprachlicher Mittel wie den „hm“-Laut und seine vielen Varianten oder die Worte „ja“ und „nein“, zustimmende Ausdrücke wie „eben“, „das glaub ich“ oder „na klar“. Am Beispiel der antizipierenden und der sichernden Rückmeldung können wir sehen, dass auch ganze Sätze bzw. vor allem Satzfragmente der Rückmeldung dienen (s. Beispiel oben: auf die rolle kriegen).

Selbstverständlich darf bei einer Untersuchung des Zuhörverhaltens das wichtigste Mittel nicht unter den Tisch fallen, das *Schweigen*. Es ist gerade diese Form, die eine organisierte Rede überhaupt erst zulässt. *Nur wer – vor und nach Rückmeldesignalen – immer wieder schweigend zuhört, macht Reden der Gesprächspartner möglich.* Abgesehen von dieser – bei weitem nicht trivialen – Form von Schweigen ist für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten natürlich das empathische Schweigen von besonderer Bedeutung. *Empathisches Schweigen* ermöglicht der Patientin gedankliche Arbeit mit aktiver Unterstützung durch den Arzt.

Rückmeldesignale des Hörers haben neben ihrer Bedeutung als Signale der Aufmerksamkeit, des Verstehens und der Zustimmung auch ganz praktische Auswirkungen auf den Gesprächsverlauf. Der jeweilige Sprecher erhält dadurch Informationen, die er zur Gestaltung seiner weiteren Rede nutzen kann.

Wir haben schon gesehen, dass der Zuhörer seine Rückmeldung zur Übernahme der Sprecherrolle nutzen kann. Rückmeldesignale sind generell als *Schaltelemente* der Interaktion wirksam. Die zentrale Wirkung besteht in der Unterstützung der Rede des Sprechers. Aber auch die weitere Vertiefung eines Themas oder gar dessen Abbruch kann mithilfe von Rückmeldesignalen erreicht werden. Und es ist schließlich auch die Umfokussierung auf einen besonderen Aspekt des jeweiligen Themas möglich.

Wer sich der Möglichkeiten sprachlicher Rückmeldung bewusst ist, kann sich besser und gezielter darauf einstellen, sein aktives Zuhören zu gestalten, er hilft dem Patienten und ermöglicht ein besseres Verständnis von dem, was der Patient ihm erzählen will.

1.5.2 **Kommentare**

In jedem Gespräch, das längere Darstellungen enthält, finden sich auch Bemerkungen, die zu dem, was da gesagt wird, Stellung nehmen, es kommentieren. Solche Äußerungen stören die Darstellung kaum, demonstrieren Anteilnahme am Geschehen und schaffen ebenfalls die Möglichkeit, thematische Umorientierungen vorzunehmen.

Bei einer Durchsicht von Arzt-Patienten-Gesprächen fällt auf, dass Patienten so gut wie nie Äußerungen des Arztes kommentieren. Das ist vor allem in strukturellen Gegebenheiten des ärztlichen Gesprächs begründet: Längere Darstellungen erfolgen meist durch den Patienten, und die meisten Äußerungen des Arztes sind für den Patienten selten kommentärfähig, da sie professionellem Wissen entstammen, über das der Patient in der Regel nicht verfügt (vgl. Kap. B4.).

Auch Kommentare des Arztes finden sich nicht in allen Gesprächen, und sie finden sich nicht bei allen Ärzten. Sie tauchen vorwiegend in stark emotionalisierten Gesprächszusammenhängen auf, aber auch als Begleiterscheinung bei der Gedankenarbeit

am Beschwerdebild. Bei solchen fachlichen Kommentaren handelt es sich dann oft um vorläufige Einschätzungen des Beschwerdesachverhaltes:

A: ham sen unfall gehabt
 P: ne * überhaupt nichts
 P: passiert
 A: sicher innerlich

Die Ärztin gibt in einer Art lautem Selbstgespräch zu verstehen, in welcher Richtung sie nach Ordnungszusammenhängen für die Beschwerden, eine Entzündung am Finger, sucht. Allerdings ist eine solche Vorausfestlegung problematisch; es zeigt sich in diesem Fall, dass die Patientin vor längerer Zeit durch ein Tier verletzt wurde, dies aber nicht mehr in einen Zusammenhang mit ihren Beschwerden bringen konnte.

Andere Kommentare sind eher *Zwischenrufe*, die die Anteilnahme der Ärztin an dramatischen Schilderungen spüren lassen sollen:

P: kein ilius ne [...]

A: gottseidank

A: [...] ah des war furchtbar [...] ach gott

Die Patientin kann nach jeder dieser Einwürfe mit ihrer Schilderung fortfahren, ohne ihre Darstellungsweise ändern zu müssen.

Kommentare sollen kurze, begleitende Einschübe sein, die dem Gegenüber Empathie und Aufmerksamkeit demonstrieren. Das interaktive Geschehen um den Kommentar herum spielt sich aber in Sekundenbruchteilen ab und es kann zu deplatzierten Kommentaren kommen. Kommentare, die sich im Nachhinein als falsch platziert oder gar als inhaltlich falsch erweisen, können als Äußerungen der bloßen Konversation wegen aufgefasst werden, die zwar oberflächliche Anteilnahme an den Erzählungen demonstrieren, aber den Eindruck erwecken, dass die Ärztin nicht allzu sehr bei der Sache ist und möglicherweise sogar damit darauf dringen will, schneller zu den „eigentlichen“ Themen zu kommen. Der Sinn von Kommentaren, die *Demonstration von Empathie*, verkehrt sich so in sein Gegenteil: Die Patientin gerät unter Druck, weil die Ärztin in ihren Augen ungeduldig bzw. drängend reagiert (*Forcierung*).

Die *Übernahme des Rederechts* ist eine weitere und sehr wichtige Funktion von Kommentaren. Die Ärztin gibt durch ihren Kommentar dem Patienten ein *Feedback*, nutzt aber die Gelegenheit, an dieser Stelle selbst die Initiative zu ergreifen und einen neuen thematischen Schwerpunkt zu setzen. Dies geschieht schon im Anschluss an den Kommentar im ersten Beispiel dieses Abschnitts:

A: ham sen unfall gehabt

P: ne überhaupt nichts

P: passiert

A: sicher innerlich * was isn das hier

A: fürn kleines loch

Ein Kommentar dient demzufolge auch als *Schaltelement* zur Organisation des Gesprächs, das Vorausgehendes und Nachfolgendes verbindet. Allerdings muss deutlich genug sein, dass das Folgende nicht ebenfalls noch Kommentar ist; bei der Frage was isn das hier fürn kleines loch liegt die thematische Umorientierung auf der Hand, im nachfolgenden Beispiel versteht die Patientin nicht den Zusammenhang, den die Ärztin dann später erläutert:

BEI EINEM VERKEHRSUNFALL SIND SOHN UND MUTTER DER PATIENTIN TÖDLICH VERUNGLÜCKT

A: ach gott ja schlimm * naja aber drei jahre die

A: zeit heilts ja dann nich nich wahr

P: ach mein gott

A: ich meine damit dass ja diese müdigkeit so nix zu tun nich

Für die Ärztin stellt sich die Frage, ob das, was die Patientin ihr über den tragischen Unglücksfall erzählt hat, für die Beschwerden ursächlich sein kann. Die Patientin missversteht aber ihre Äußerung als *tröstenden Kommentar*.

An einigen weiteren Beispielen sollen jetzt noch weitere unangemessene Gebrauchsformen von Kommentaren aufgezeigt werden, auch, um die Bedeutung dieser sprachlichen Technik zu demonstrieren. Das folgende Beispiel enthält eine weit verbreitete Unsitte, mithilfe eines *abwertenden Kommentars* das Rederecht zu übernehmen und im eigenen Gesprächsinteresse fortzufahren:

P: [...] dass man fast manchmal den eindruck hatte als ob da zahnschmerzen auch noch ne rolle mitspielen ja

A: jaja jaja des des wird öfters angegeben * können se * ah sagen wo in kiefer rein

Die Äußerung des wird öfter angegeben entwertet die Darstellung des Patienten, für den sein Schmerzerleben individuell ist; dem Arzt dient sein Kommentar lediglich dazu, dessen Charakter als *Schaltelement* zu nutzen.

Ebenfalls problematisch für den Patienten sind Kommentare, deren Inhalte und Zusammenhänge dem Patienten verborgen bleiben müssen (*intransparenter Kommentar*):

P: da hat mich glaub ich eine katze gehakt

A: ja hoffentlich hängt das nicht damit zusammen

Die Ärztin äußert mit ihrem Kommentar eine Befürchtung, die sie dann aber ohne weitere Erklärung stehen lässt. Erst sehr viel später, am Ende des Gesprächs, klärt sie die Patientin über ihre Befürchtung auf: es gibt ja eine so genannte katzenkrankheit [...] eine nervenentzündung ganz unangenehmer Art. Befürchtungen zu äußern, ohne den Zusammenhang zu erläutern, führt zu Unsicherheit beim Patienten und sollte deshalb weitgehend vermieden werden. Das gilt auch für Kommentare, die offen oder versteckt *Missbilligung* enthalten:

DIE PATIENTIN BERICHTET VOM VERSUCH, NACH AUSTRALIEN
ZU EMIGRIEREN, VON WO SIE WIEDER NACH DEUTSCHLAND
ZURÜCKGEKEHRT IST

A: das hätten sie ja einfacher haben können was *
sind sie immer hier in pinefurt ansässig gewesen

Wie auch in anderen Gesprächsausschnitten gezeigt, fährt die Ärztin mit einem neuen Thema fort, die Missbilligung bleibt bestehen.

Kommentare können danach unterschieden werden, ob sie als Zwischenruf, oder als Schaltelement zur Übernahme des Rederechts eingesetzt werden. Vorsicht beim Kommentieren von Patientenäußerungen ist dabei aus mehreren Gründen geboten: Vorschnelle Kommentare erweisen sich häufig als deplatziert und lösen bei der Patientin eher Missverständnisse und Misstrauen in die empathische Einstellung der Ärztin aus. Befürchtungen der Ärztin, Missbilligung oder gar Vorwürfe an den Patienten gehören in erläuternde Gesprächszusammenhänge und nicht in Äußerungen, die ihres Zwischenrufcharakters bzw. ihrer Funktion als Schaltelement wegen nur sehr begrenzt von der Patientin aufgegriffen werden können. Und Kommentare müssen inhaltlich überdacht werden: Sie gewinnen unter den Bedingungen des ärztlichen Gesprächs ein besonderes Eigenleben und sollten von daher nicht einfach unreflektiert aus der Alltagskommunikation entlehnt werden.

Kommentare

Gesprächsorganisatorische Funktion

- Zwischenruf
- Schaltelement zur Redeübernahme

Beziehungsfunktion

- positives Feedback qua Demonstration von Empathie
- problematisches Feedback (z. B. qua Forcierung, falschem Trost, Abwertung, Intransparenz, Missbilligung)

1.5.3 Ärztliches Fragen

Die vordringlichste Aufgabe der Ärztin in der Phase der Exploration ist es, *aktiv zuzuhören* und der Patientin ihr Verständnis der Beschwerdenschilderung deutlich zu machen. Darin kann sich aber natürlich die Beschwerdenexploration nicht erschöpfen; die Ärztin muss auch, um ihr Verständnis und damit letztlich auch die Diagnose abzusichern und zu überprüfen, eigene Aktivitäten entfalten und die Darstellungen der Patientin entsprechend zu steuern bzw. sogar mitzugestalten suchen.

Der Ärztin stellen sich hier mehrere schwierige Probleme. Jede Äußerung, jede Frage oder Aufforderung stellt eine Intervention dar, die die Patientin in ihrer Schilderung unterbricht, ihre Gedanken ablenkt und vielleicht wichtige Informationen verhindert. Andererseits braucht die Ärztin oft genug zusätzliche oder nähere Angaben, die ihr Bild von den Beschwerden, die die Patientin bedrücken, ergänzen und abrunden.

Die nachfolgenden Überlegungen befassen sich mit den Problemen der Exploration, mit zwei grundverschiedenen Konzepten der Gesprächsführung und den dabei realisierten typischen sprachlichen Aktivitäten.

1.5.3.1 Grundprobleme der Beschwerdenexploration

Arzt und Patientin haben ein unterschiedliches Wissen und beurteilen Beschwerdesachverhalte unter verschiedenen Gesichtspunkten. Es herrschen deshalb oft recht unterschiedliche Vorstellungen darüber vor, was genauer gesagt werden muss oder was im Ungefähren verbleiben kann. Viele Patientinnen legen von sich aus beispielsweise mehr den Akzent auf die subjektive Erlebnisqualität ihrer Beschwerden, ihr *subjektives Wissen* (z. B. Schmerzen, Beeinträchtigungen) und vernachlässigen in ihrer Schilderung die objektiven Komponenten, das *objektive Wissen*, wie Zeitpunkt(e) des Auftretens, Begleitsymptome usw. Die meisten Ärzte wiederum konzentrieren sich dagegen mehr auf gerade solche Momente des Krankheitsgeschehens. Nur das *gemeinsam Besprochene* kann aber im Gespräch zählen.

Die Unterschiedlichkeit der Gesprächspartner im ärztlichen Gespräch führt zu zwei Grundproblemen in der Explorationsphase, der *sprachlichen Kluft* einerseits und des *Wissensgefälles* auf der anderen Seite.

Arzt und Patientin verwenden bei der Darstellung von Krankheiten andere „Sprachen“. Die Sprache der Patientin ist in Bezug auf ihre Krankheit von ihren individuellen Erfahrungen bestimmt, während die des Arztes sich aus einem für die Berufsausübung erforderlichen typisierten Wissen über Krankheiten speist. (Der Ausdruck „typisiertes Wissen“ meint hier, dass Krankheitsbilder, -symptome und -verläufe typische Eigenschaften haben, die der Arzt im Laufe seiner Ausbildung erlernt, was ihm dazu verhilft, charakteristische Merkmale zu erkennen und diagnostisch bzw. therapeutisch zu nut-

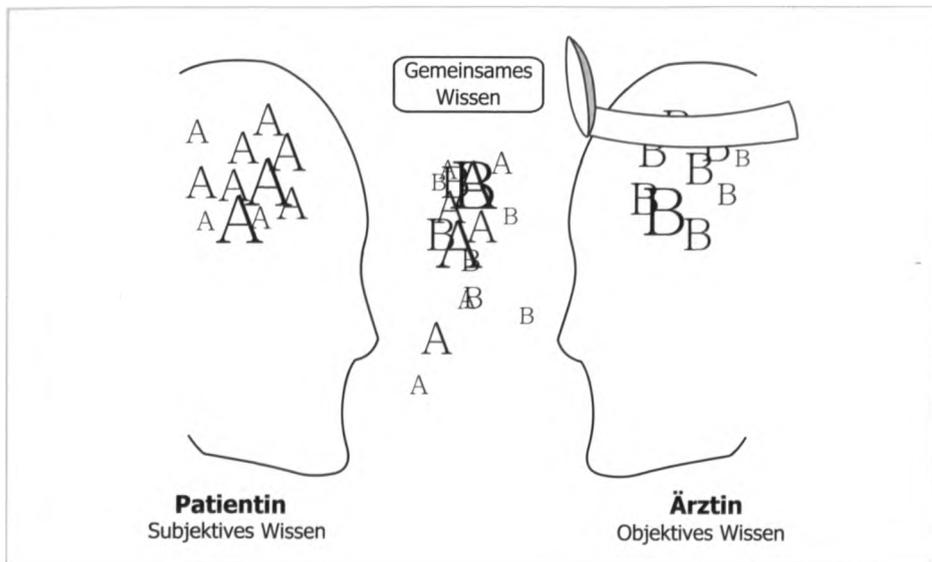


Abb. B 1.1

zen.) Arzt und Patientin müssen sich in einem Austauschprozess – eben ihrem Gespräch – über den Sinn und die Bedeutung der von ihnen jeweils verwendeten sprachlichen Ausdrücke verständigen (Abb. B 1.1).

Darüber hinaus besteht das grundsätzliche Problem, dass der Arzt zwar über das typisierte Wissen zu Krankheiten verfügt, nicht aber über die authentischen Krankheitserfahrungen der Patientin. Dieses Wissensgefälle müssen Arzt und Patientin in der Explorationsphase bis zu einem gewissen Grad (mindestens so weit nämlich, wie es für den Arzt diagnostisch erforderlich ist) ausgleichen, u. a. auch durch die Anwendung des ärztlichen Wissens über Krankheiten.

1.5.3.2 Ärztliche Konzepte der Exploration

Der Umgang mit den beiden Grundproblemen der Exploration wird von verschiedenen Ärzten unterschiedlich gehandhabt. Auf der Basis vieler ausgewerteter Gespräche lassen sich zwei Konzepte, deren Grenzen aber durchaus fließend sind, deutlich unterscheiden. Das erste Konzept ist *patientenangeleitet*, d. h. der Arzt greift die Darstellungen des Patienten (oft wortwörtlich) auf und veranlasst ihn, diese Darstellungen oder Teile davon näher zu erläutern.

Das zweite Konzept wird meist weniger bewusst als Konzept der Gesprächsführung eingesetzt. Ich spreche dabei von einem *wissensgeleiteten* Konzept. Das bedeutet, dass

die Ärztin sich die Schilderungen der Patientin anhört, die einzelnen Angaben gedanklich zu einem (Krankheits-)Muster zusammenfügt und von da aus recht bald gezielte Fragen nach zusätzlichen Angaben (Symptome, Zeitpunkte des Auftretens etc.) stellt (siehe dazu auch Lalouschek [1999]).

Die beiden unterschiedlichen Gesprächsführungskonzepte entsprechen ziemlich genau der Unterscheidung Balints in *krankheitszentrierte* und *patientenorientierte* Gesprächsführung [Balint 1957]; die Differenz der Konzepte wird in der vorliegenden Untersuchung aber aus dem unterschiedlichen Sprachverhalten der Ärzte erarbeitet und nicht aus deren (anzunehmender) innerer Einstellung zum Gespräch. Auf diese Weise lassen sich die Vor- und Nachteile einzelner sprachlicher Handlungen relativ wertfrei darstellen. Das wesentliche Kriterium ist, ob der Zusammenhang zwischen den Worten der Patientin und der ärztlichen Intervention gegeben ist oder eben nicht.

Die beiden Konzepte der Gesprächsführung lassen sich im Hinblick auf sprachliche Handlungen recht einfach unterscheiden: Das patientenangeleitete Konzept operiert überwiegend mit *Präziserungsfragen* zu den Angaben der Patientin, das wissensgeleitete Konzept mit *Kompletierungsfragen*.

| Präziserungsfragen | Kompletierungsfragen |
|---|---|
| ■ an der Äußerung des Patienten orientiert (patientenangeleitet) | ■ am Wissen des Arztes orientiert (wissensgeleitet) |
| ■ auf der Ebene des Patienten angesiedelt (durch direkten Zusammenhang) | ■ auf der Ebene des Arztes angesiedelt (weil ohne direkten Bezug) |
| ■ transparent | ■ oft undurchschaubar für die Patientin |
| ■ wenig interventiv | ■ stark interventiv |
| ■ wenig dominant | ■ stark dominant |

1.5.3.3 Präziserungsfragen

Mit Präziserungsfragen knüpft der Arzt direkt an die Worte des Patienten an:

P: im moment habe ich * wie wie gesacht schon immer die aussetzer * und ** hier magen darmstörungen [...]

A: sie haben eben gesacht aussetzer was verstehen sie darunter

Der Patient erhält vom Arzt auf diese Weise eine Art „Aufgabe“, die er lösen soll. Diese Aufgabe besteht darin, einen bereits erwähnten Sachverhalt zum besseren Verständnis näher zu erläutern bzw. zu bestimmen.

Es gibt drei unterschiedliche Typen von Präzisierungsfragen,

- die Frage nach dem Wortsinn,
- die Frage nach Zuständen, Ereignissen oder Zusammenhängen und schließlich
- die Frage nach der korrekten Beschreibung.

Das obige Beispiel demonstriert die Frage nach dem *Wortsinn*. Für den Patienten hat der Begriff *aussetzer* im Laufe seiner Beschwerdengeschichte sicher eine ganz spezifische Bedeutung gewonnen, die in dieser Weise aber für einen nicht mit der Krankheitsgeschichte vertrauten Hörer nicht ohne weiteres verständlich ist. Der Arzt fragt deshalb nach und bittet den Patienten, diese Bezeichnung zu erläutern. Es ist also nicht nur die häufige Fachsprachlichkeit des Arztes, die sprachliche Barrieren aufbaut, sondern ebenso der individuelle Wortschatz der Patientinnen, der die Kommunikation behindern kann.

Fragen nach dem Wortsinn finden sich allerdings fast immer an solchen Stellen, an denen ein Ausdruck eine besondere Stellung in der Schilderung des Patienten einnimmt. Es sind in aller Regel keineswegs ausgefallene Fremdwörter oder schwierige Begriffe, die der Patient gebraucht, sondern durchaus geläufige Ausdrücke, die den Arzt aber in diesem Zusammenhang irritieren und zu einer (Rück-)Frage veranlassen. Unter psychologischer bzw. psychoanalytischer Perspektive dürfte es deshalb interessant sein, dem Zusammenhang solcher Fragen oder auch nur des Impulses zu solchen Fragen nachzugehen. Ich erwarte, dass dies für den Arzt in Bezug auf das Beschwerdebild des jeweiligen Patienten ähnlich aufschlussreich ist, wie die von Balint vorgeschlagene Beobachtung der eigenen Gefühle [Balint 1957] (vgl. auch das Konzept der Gegenübertragung).

Im Übrigen sollten Wortsinn-Fragen seltener als andere Fragen gestellt werden. Zu viele solcher Fragen rufen Misstrauen in die Kompetenz des Gesprächspartners hervor; der Patient wird sich sagen, dass der Arzt ihn offensichtlich nicht versteht. Dem Gespräch kann so eine wesentliche Grundlage entzogen werden: das Vertrauen in die wechselseitige Verständigungsfähigkeit.

Fragen des zweiten Typs richten sich auf *Zustände, Ereignisse oder Zusammenhänge*, die vom Patient genannt wurden, aus Sicht des Arztes aber noch einer näheren Ausführung bedürfen:

P: bloß ich * wenn ich das richtig überlege ich
hatte dann ein so ein moralisches tief ** des
steht überhaupt nicht im einklang wie ich heute
hier sitze ** ja

A: wie hat sich das bemerkbar gemacht des moralische tief

Die Frage dieses Arztes gilt den verschiedenen Symptomen eines moralischen Tiefs. Dazu gehören oft sowohl psychische Befindlichkeiten als auch körperliche Empfindungen. Das Interesse des Arztes ist darauf gerichtet, herauszufinden, welche Erfahrungen der Patient mit seinem Ausdruck verbindet, um letztlich weitere Bausteine für seine Diagnose zu sichern. Der Arzt demonstriert mit solchen Fragen, dass er den Patienten zwar verstanden hat, über bestimmte Anteile seiner Beschwerdenschilderung aber noch mehr und genauere Angaben wünscht.

Bei beiden bisher genannten Fragetypen belässt der Arzt dem Patienten seinen sprachlichen Ausdruck. Er lässt sich damit auf dessen Sprach- und Verständigungsebene voll und ganz ein. Mit dem dritten Fragetyp dagegen, der *Frage nach der korrekten Beschreibung*, zeigt der Arzt, dass er während der Rede des Patienten mitgedacht hat bzw. mit- und sogar weiterdenkt:

P: also mir macht des am meisten schwierigkeiten
eben * so ** dass ich mich so konzentrieren muss

P: um * um was

A: <fragend> um zu funktionieren

Das Mitdenken geht in diesem Beispiel schließlich so weit, dass Arzt und Patientin einen Satz quasi gemeinsam hervorbringen; der Arzt schließt grammatikalisch an die Äußerung der Patientin an und macht (in fragendem Ton) einen Formulierungsvorschlag. Auf diese Weise wird auch umstandslos der Bezug seiner Frage ersichtlich. Entscheidend bei diesem Fragetyp ist, dass der Arzt eigene Formulierungen oder Überlegungen einbringt, um einen Sachverhalt zu präzisieren, den die Patientin erwähnt hat und den im Gespräch bislang nur diese genau kennt. Die Patientin soll dann dem ärztlichen Formulierungsvorschlag zustimmen, ihn zurückweisen oder, im Falle alternativer Formulierungen, entscheiden. Der Arzt schlägt mit diesem Vorgehen zwei Fliegen mit einer Klappe, er gibt der Patientin das Gefühl, verstanden worden zu sein, und er kann gleichzeitig überprüfen, ob er selbst auch richtig mitgedacht hat.

Präzisierungsfragen haben für das Gespräch mehrere wesentliche Vorteile. Einmal sind sie geeignet, „vor Ort“ eingesetzt zu werden, also an der ersten möglichen Stelle, an der der Arzt rückfragen kann. Und sie machen es möglich, sich kurzfristig auf einen für den Arzt wichtigen Teilsachverhalt zu konzentrieren, ohne dass er damit automatisch das Gespräch dominiert. Der Patientin wird das „Rederecht“ dabei nur kurz entzogen. Allerdings wird sie in jedem Fall in seiner Darstellung unterbrochen – dieser Umstand sollte generell bei jeder ärztlichen Intervention bedacht werden.

Dadurch, dass der Arzt sich mit Präzisierungsfragen an der Aussage der Patientin orientiert, bleibt sie der Fixpunkt der Exploration, und die Patientin erfährt in ihrer zentralen Gesprächsaufgabe, der Beschwerdenschilderung, Unterstützung. Die teilweise sogar wörtliche Anknüpfung lässt der Patientin „ihre eigene Geschichte“ näher bzw. unter anderen Gesichtspunkten verstehen, und sie erhält so außerdem oft noch Anstöße zu einer vertieften Reflexion ihrer Probleme.

1.5.3.4 Komplettierungsfragen

Komplettierungsfragen sind anders motiviert als Präzisierungsfragen. Im Laufe der Beschwerdenschilderung durch den Patienten führt die Ärztin sukzessive gedankliche Operationen durch, die ihr eine Zuordnung der erzählten Sachverhalte zu einem Krankheitsbild erlauben. Komplettierungsfragen zeichnen sich nun gegenüber Präzisierungs-

Erst bei diesen letzten beiden Fragen wird klar, dass die Ärztin von vornherein einen beruflichen Zusammenhang als mögliche Ursache der von der Patientin dargestellten Symptomatik im Auge hatte.

Es ist im Übrigen sehr auffallend, wie viele Ärzte schon nach wenigen Worten der Patienten die Frage nach der (möglichen) Ursache stellen. Dieses Kausalitätsdenken ist ein Hinweis darauf, dass gleich mit Beginn der Beschwerdenschilderung Krankheitsbilder im Ausschlussverfahren geprüft werden.

Komplettierungsfragen werden meist ausgelöst entweder durch ein Frageprogramm, das einem Arzt für eine bestimmte Symptomatik zur Verfügung steht (manchmal sogar in Form eines Fragebogens) oder durch Vermutungen, die sich dem Arzt aufgrund seiner diagnostischen Assoziationen zu Äußerungen des Patienten aufdrängen. Beides ist für die Patientin zwangsläufig wenig transparent.

Präziserungsfragen und Komplettierungsfragen unterscheiden sich in dieser Hinsicht eklatant. Präziserungsfragen sind aufgrund ihres oben beschriebenen Zusammenhangs mit den Äußerungen der Patientin von vornherein verständlicher als Komplettierungsfragen, die dem (für die Patientin unbekanntem) Wissen des Arztes entspringen. Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, liegt darin, Komplettierungsfragen zu sammeln und sie an geeigneter Stelle mit einer kurzen Erläuterung einzubringen. Dabei genügt es, darauf hinzuweisen, dass sich aufgrund der Beschwerdenschilderung noch einige Fragen ergeben haben.

Das obige Beispiel enthüllt aber noch einen anderen Aspekt von Komplettierungsfragen. Die Antworten der Patientin auf die jeweiligen Fragen fallen denkbar knapp aus:

- A: sie sind bei dücker was machen se denn da
P: ehm
- A: sind kaufmännische angestellte
P: im büro ja ja
- A: ham das auch richtich erlernt und wie lange
P: ja
- A: sind sie da schon zwanzich jahre *
P: zwanzich jahre
- A: naja also da kann keine schwierigkeit sein gell
- A: für ihren * arbeitsplatz
P: nein nein nein nich
- A: müssen sie auch nich fürchten
P: äh nein * nein nein

Die Fragen der Ärztin sind von vornherein offensichtlich so angelegt, dass nur kurze Antworten (in den meisten Fällen sogar nur mit einer Ja/Nein-Entscheidung) möglich sind. Das gilt für Komplettierungsfragen in den allermeisten Fällen. Aber auch noch aus einem anderen Grund geht die *Dominanz des Rederechts* bei der Verwendung von Komplettierungsfragen auf den Arzt über: Sie demonstrieren die Kompetenz des Arztes, der von sich aus einen Ansatzpunkt zur Erforschung des Krankheitsbildes gefunden hat. Der Patient kann das Verhalten des Arztes interpretieren im Sinne von „er weiß schon etwas“ und wird ihn dann gewähren lassen. Noch verstärkt wird dieser Eindruck natürlich durch ganze „Fragebatterien“, also konsequent hintereinander geschaltete Fragen zu einem Problemkomplex, wie wir sie im obigen Gesprächsausschnitt finden.

Mit diesen Überlegungen ist eine generelle Fragestellung verbunden: die der Position von Fragen in den verschiedenen Phasen des Gesprächs. Die Wirkung von Präzisierungs- und Komplettierungsfragen fällt hier natürlich unterschiedlich aus. Manche Ärzte bevorzugen offensichtlich systematisch eine sehr frühe und entschiedene Übernahme der Gesprächsführung. Schon nach wenigen Worten nehmen sie, mithilfe von Komplettierungsfragen, das Heft in die Hand. Präzisierungsfragen dagegen sind auch von Beginn an einsetzbar, ohne dass die Patientin ihre gedanklichen Orientierungen zugunsten der des Arztes aufgeben müsste. Die frühe Übernahme der Gesprächsführung durch den Arzt verhindert jedenfalls in den meisten Fällen, dass der Arzt mehr erfährt, als er selbst erfragt.

1.5.3.5 Exkurs

Der Unterschied in den ärztlichen Konzepten der Gesprächsführung ist recht deutlich. Aus einer Analyse der jeweils verwendeten Fragetechniken ergibt sich, dass das patientenangeleitete Konzept überwiegend mit Präzisierungsfragen, das wissensgeleitete Konzept demgegenüber mit Komplettierungsfragen arbeitet. Das wirft die Frage auf, inwiefern diese Fragetechniken selbst systematischen Charakter für den Interaktionstyp des ärztlichen Gesprächs haben. Wichtig ist dabei auch, zu beachten, dass Ärzte, die wissensgeleitet vorgehen, keine weitere Ausbildung in Fragen der Gesprächsführung haben.

Der Grund für die Anwendung eines rein wissensgeleiteten Konzepts dürfte in der schon besprochenen generellen Schwierigkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation liegen, die beiden unterschiedlichen Wissensbestände von Arzt und Patient zu vermitteln. Im Laufe seiner Ausbildung lernt der Arzt vor allem, kausal zu denken und Diagnosen im Ausschlussverfahren zu erstellen. Das Augenmerk gilt dann im Gespräch immer solchen vom Patienten dargestellten Momenten, die der Arzt in seinem Wissen wiederfindet. Daran anzuschließen und durch zusätzliche vom Patienten angeforderte Informationen abzusichern, ist dann das oberste Ziel seiner Bemühungen.

Die naturgemäß weniger medizinisch strukturierten Angaben der Patientin müssen gegenüber dieser strikten Orientierung an charakteristischen Merkmalen von Krankheitsbildern natürlich unklar und weitschweifig wirken. Diese Sichtweise führt aber

dann fast zwangsläufig – unterstützt von zeitökonomischen Zwängen – dazu, dass die Ärztin die Initiative ergreift und von sich aus das Krankheitsbild festzustellen sucht.

Ärzte, die nach einem patientenangeleiteten Konzept vorgehen, interagieren ebenso systematisch. Durch die wenig gesteuerte Beschwerdenschilderung erhalten sie aber mehr relevante Informationen für den individuellen Fall. Hinzu kommt noch die Einstellung, dass der Patientin die Verantwortung für Krankheit und Therapie belassen werden soll. Komplettierungsfragen spielen daher erst nach Abschluss der Beschwerdenschilderung für solche Ärzte eine Rolle, um zweifelhafte Punkte noch einmal gezielt und durchaus auch wissensgeleitet anzugehen. In vielen Gesprächen erweist sich dies aber offensichtlich als überflüssig. Die wesentlichen Informationen sind durch die unterstützende Gesprächsführung bereits ermittelt.

1.5.3.6 Fragetypen

Die hier gewählte Einteilung in Präzisierungs- und Komplettierungsfragen ist im Rahmen der Diskussion einer verbesserten Gesprächsführung ungewöhnlich. Meist ist dort die Rede von offenen Fragen, Entscheidungsfragen usw.

Überraschend war dagegen bei dieser Analyse der Gespräche die Erkenntnis, dass mithilfe solcher Kategorien kein wesentlicher Unterschied zwischen ärztlichen Gesprächskonzepten ausgemacht werden konnte. Diese Feststellung gilt mit einer wichtigen Einschränkung: die Gesprächseröffnung fällt tatsächlich sehr unterschiedlich aus, je nachdem, welcher Frage- oder Aufforderungstyp vom Arzt gewählt wird (vgl. Alternativen der Gesprächseröffnung). Ansonsten verwenden Ärzte mit patientenangeleitetem und solche mit wissensgeleitetem Gesprächskonzept z. B. Entscheidungsfragen in gleichem Maße.

Es ist aber dennoch sinnvoll, auch einmal einen Blick auf diese Fragetypen zu werfen, um zu sehen, welche interaktiven Konsequenzen, Vor- und Nachteile sich bei ihrem Einsatz ergeben. Diese Fragetypen stehen quer zu den beiden bisher behandelten Kategorien der Präzisierungs- bzw. Komplettierungsfragen, d. h. dass beispielsweise *Entscheidungsfragen* sowohl als Präzisierungs-, wie auch als Komplettierungsfrage verwendet werden, und ebenso steht es mit *offenen Fragen* und *Alternativfragen*. *Suggestivfragen* werden allerdings ausschließlich als Komplettierungsfragen eingesetzt. Deren Fehlen bei Ärztinnen mit patientenangeleitetem Konzept dürfte mit deren wohl sehr bewusster Einstellung zusammenhängen, der Patientin keinesfalls z. B. ein Symptom oder eine von der Ärztin vermutete Ursache ihrer Beschwerden aufzudrängen. Als letzter Fragetyp sei hier noch die *indirekte Frage* erwähnt, die als Frage überhaupt nur aus ihrem Kontext heraus verstehbar ist.

Als *offene Frage* wird eine Frage bezeichnet, bei der die Antwortmöglichkeiten unbestimmt sind. Allerdings ist das Spektrum einer Antwort, was den Umfang anbelangt, sehr weit gespannt. So ist die Frage „wann warn das“ ebenso offen, wie die Frage

„wie is denn das passiert“ – die Antwortmöglichkeit im ersten Fall ist jedoch sehr beschränkt, im zweiten Fall wird man dagegen mit Recht längere Ausführungen erwarten können. Offene Frage heißt also lediglich, dass der Fragesteller die Antwort nicht weiß bzw. nicht wissen kann (sonst wäre sie ja auch nur rhetorisch gemeint). Mit einer in der Bezeichnung unterschwellig angedeuteten empathischen Offenheit des Fragestellers hat dies aber nur sehr begrenzt zu tun.

Der zweite Fragetyp, die *Alternativfrage*, lässt im Grunde genommen nur wenige Antworten zu. Der Patient kann eine der genannten Alternativen akzeptieren, beide verwerfen oder seine Antwort im Unentschiedenen lassen. Die Patientin im nächsten Beispiel entscheidet sich für die dritte Möglichkeit:

P: [...] und da merk ich dass ich en ganz schlechten geschmack im munde habe [...] des war alles eiter

A: eiter oder schleim

P: ja oder schleim weiß ich nicht

P: er sachte jedenfalls wie ich raufkam [...]

Ohne eine definitive Antwort gegeben zu haben, fährt sie dann in ihrer Schilderung fort. Für den Arzt bietet die Alternativfrage (wenigstens strukturell) den Vorteil, mit einer Intervention zwei oder auch mehrere alternative Überlegungen entscheiden zu lassen.

Der in Arzt-Patienten-Gesprächen am häufigsten verwendete Fragetypus ist die *Entscheidungsfrage*. Diese Frage belässt dem Antwortenden in aller Regel nur eine Ja/Nein-Option. Mithilfe solcher Fragen ist es relativ leicht möglich, die Gesprächsführung ganz an sich zu ziehen, da mit der Antwort für die Gesprächspartner auch in aller Regel eine neue Entscheidung über den nächsten Sprecher ansteht. Diese Entscheidung muss aber keineswegs zwingend zugunsten des Arztes ausfallen.

Relativ selten kommt eine *indirekte Frage* vor. Der Patientin wird damit vor allem das Rederecht übergeben, sie wird aufgefordert, ihre Ausführungen in den von der Ärztin angesprochenen Zusammenhang zu stellen. Zur Veranschaulichung des folgenden Beispiels mag man sich vorstellen, dass die Ärztin ihre Äußerung weiterfließen lässt, während mit einer direkten Frage quasi eine Art Doppelpunkt für die Interaktionspartnerin mitgegeben wird:

P: ansonsten mein vater [...] ne gewissen herzschwäche hat er wohl auch [...]

A: äh vielleicht können wer erst nochmal * äh bei der * mutter bleiben äh * die hatte * ne die hat ne chronische bronchitis sagen sie und die kommt alle jahre wieder

Der Patient wird damit aufgefordert, im Rahmen einer Familienanamnese über die genannte Krankheit und darüber hinaus über weitere Erkrankungen der Mutter zu berichten.

Die Interventionsstärke der Fragen bzw. die Dominierung des Gesprächspartners bei allen bisher diskutierten Fragetypen schwankt. Sie ist interessanterweise weniger abhängig vom einzelnen Fragetyp als vom Kontext sowie vom weiteren Verhalten des Fragestellers: Kommt gleich die nächste Frage oder lässt er dem Gesprächspartner Rederaum. So gibt z. B. der Arzt in folgendem Gesprächsausschnitt der Patientin Raum nicht nur zum Bedenken seiner Frage, sondern auch zur Spekulation über die dahinter liegende Problematik:

P: irgendwann merk ich oh ich muss mich
konzentrieren ne * also ** so irgend

A: um nicht umzufallen oder um * nicht auszuflippen

A: musst dich konzentrieren

P: mhm also ich muss mich

P: konzentrieren damit ich mitkrieg was der andere
sacht und ich hab auch angst dass ich dann wieder
vergesse ne

Der Freiraum für den Antwortenden ist natürlich ganz anders bei *Suggestivfragen*. Dahinter steckt immer der Wunsch des Fragestellers, er möge selbst mit seiner suggerierten Meinung Recht haben und könnte dann mit anderen Aktivitäten (weiteren Fragen, anderen Themen etc.) fortfahren. Suggestivfragen sind der Form nach immer Entscheidungsfragen, enthalten aber bestimmte Merkmale, die praktisch nur eine der beiden Antwortmöglichkeiten (Ja oder Nein) zulassen:

A: blutdruck is normal war auch immer normal nich

A: sonst operiert worden * sind sie nich

P: mhm nein

A: unfälle ham sie nich gehabt [...] sonst is aber
in ordnung sonst an der leber an der galle an der
wirbelsäule [...] ham sie nichts gehabt ne sie

A: könn alles essen und trinken schmeckt alles

P: ja

Die Ärztin hier klärt im Eilverfahren einige anamnestiche Punkte ab. Sie lässt der Patientin dabei kaum Zeit, sich ihre Antworten zu überlegen. Ihr Ziel ist es, so schnell wie möglich zur körperlichen Untersuchung zu kommen.

Dieses Verhalten dürfte einsichtigerweise weder im Interesse der Ärztin liegen (die Gefahr läuft, unvollständige oder gar falsche Angaben zu erhalten) noch in dem der Patientin (die von einer solchen „Fragebatterie“ mit großer Suggestionskraft förmlich überfahren wird).

1.6 Zusammenfassung

Alle Aktivitäten der Gesprächspartner im ärztlichen Gespräch sind an grundlegende Eigenschaften von Gesprächen gebunden. Sie lassen sich von daher in verschiedenen Hinsichten, bezogen auf Inhalte, auf die soziale Beziehung der Teilnehmer oder auf Handlungszwecke variabel gestalten. Eingebunden sind Äußerungen in ärztlichen Gesprächen in bestimmte Aufgabenstellungen, die in einer bestimmten Abfolge und in bestimmter Verteilung auf die Gesprächspartner bearbeitet werden müssen. In der Kernphase eines ärztlichen Gesprächs bestehen die Aufgaben aus: Beschwerdenschilderung, Diagnosestellung und Therapieplanung.

Die hier vorgetragenen Analysen zum kommunikativen Handeln in ärztlichen Gesprächen zeigen, dass Ärzte mit unterschiedlichen Konzepten vorgehen, was Fragen der Gesprächsführung anbelangt. Diese unterschiedlichen Konzepte drücken sich aus im Gebrauch unterschiedlicher *Gesprächseröffnungen* sowie, in der Phase der *Beschwerdenexploration*, in unterschiedlichen Formen der Rückmeldung, des Kommentierens oder der Fragetechniken. Ein *patientenangeleitetes* Konzept lässt dem Patienten Raum, orientiert sich mit seinen Fragen an den Äußerungen des Patienten und sucht erforderlichenfalls diese durch *Präzisierungsfragen* zu vertiefen. Das *wissensgeleitete* Konzept dagegen fokussiert schnell auf medizinische Aspekte, richtet sich nach charakteristischen Krankheitsmerkmalen in der Schilderung des Patienten und sucht Krankheitsbilder durch *Komplettierungsfragen* zu sichern oder zu verwerfen.

Präzisierungsfragen eignen sich wegen dieser Eigenschaften für einen frühen Einsatz *während* der Beschwerdenschilderung, wohingegen Komplettierungsfragen besser gesammelt und später oder besser nach der Beschwerdenschilderung eingebracht werden sollten. Allerdings müssen natürlich bei der Verwendung dieser Fragetechniken neben dem Stadium der Exploration immer auch diagnostische Erfordernisse berücksichtigt werden.

Fragen der Ärztin zu den Schilderungen der Patientin demonstrieren Interesse und auch Kompetenz. Um sich wechselseitig über unterschiedliche, typische und individuelle, Erfahrungen zu verständigen oder diagnostische Überlegungen zu prüfen, sind Fragen als Bestandteil der Exploration wichtig und nützlich. Entscheidend für die ärztliche Konzeptualisierung der Gesprächsführung ist, ob die Ärztin sich mit ihren Fragen direkt von der Patientin leiten lässt oder ihrem eigenen Wissen den Vorzug gibt.

Literatur

- Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart 1957
- Deppermann, A.: Gespräche analysieren. Westdeutscher Verlag, Opladen 1999
- Kallmeyer, W.: Konversationsanalytische Beschreibung. In: Handbuch Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft, S. 1095–1108. Ammon, U., Dittmar, N., Mattheier, K. (Hrsg.). de Gruyter, Berlin/New York 1988
- Lalouschek, J.: Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Angewandte Diskursforschung. Bd. 1, S. 155–173. Brünner, G., Fiehler, R., Kindt, W. (Hrsg.). Westdeutscher Verlag, Opladen 1999
- Löning, P.: Gespräche in der Medizin. In: Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, S. 1576–1588. Brinker, K., Antos, G., Heinemann, W., Sager, S.F. (Hrsg.). de Gruyter, Berlin/New York 2001
- Nothdurft, W.: '... äh, folgendes problem äh ...' Die interaktive Ausarbeitung 'des Problems' in Beratungsgesprächen. Narr Verlag, Tübingen 1984
- Nothdurft, W., Reitemeier, U., Schröder, P.: Beratungsgespräche. Analyse asymmetrischer Dialoge. Narr Verlag, Tübingen 1994
- Ripke, T.: Patient und Arzt im Dialog. Thieme Wissenschaft, Stuttgart/New York 1994
- Spiegel, C., Spranz-Fogasy, Th.: Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft. S. 1241–1252. Brinker, K., Antos, G., Heinemann, W., Sager, S.F. (Hrsg.). de Gruyter, Berlin/New York 2001
- Spranz-Fogasy, Th.: Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik 3, 293–302 (1987)
- Spranz-Fogasy, Th.: Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis. Deutsche Sprache 3, 240–258 (1988)