



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„ ‚Zwei- Klassen- Medizin‘ in Österreichs hausärztlichen  
Ordinationen?“

Gesprächsanalytische Untersuchung zu Differenzen in der ärztlichen  
Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen

Verfasserin

Regina Maria Geisler

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 328

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Allgemeine/ Angewandte Sprachwissenschaft

Betreuer:

Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Florian Menz



# DANKSAGUNG

Großer Dank gebührt Ao. Univ.- Prof. Mag. Dr. Florian Menz für die verlässliche Betreuung meiner Diplomarbeit, die hilfreichen Kommentare und Verbesserungsvorschläge, sowie für die unkomplizierte Bereitstellung des Datenmaterials.

An dieser Stelle möchte ich auch Mag.<sup>a</sup> Luzia Plansky für ihre schnellen und nützlichen Hilfestellungen bei Detailfragen danken.

Mein größter Dank gilt meiner gesamten Familie, allen voran meinen Eltern Eva und Paul, für die Ermutigung, Unterstützung und den Rückhalt. Auch meinen Großeltern Antonia und Johann möchte ich an dieser Stelle einen Dank für die Begleitung während meines Studiums aussprechen. Diese Arbeit soll ihnen gewidmet sein, und vielleicht auch ein wenig zur Klärung der Frage beitragen, „was man jetzt mit dem Studium der Sprachwissenschaft eigentlich macht“.

Besonders verbunden bin ich allen meinen FreundInnen in Wien und Innsbruck, die mir Zeit und Kraft schenkten, wenn es nötig war, mir aber ebenso Raum ließen und meine diplomarbeitsbedingte Abwesenheit an so manchen Abenden entschuldigten. Auch Signe und Irena gebührt eine Erwähnung, da sie nicht nur Freud und Leid der ersten Semester mit mir teilten, sondern mir auch in so mancher nicht-sprachwissenschaftlichen Angelegenheit Beistand leisteten.

Eine große Stütze war und ist Valentin, dessen unerschütterlicher Optimismus, seine Ruhe und sein schlichtes Beisein wohl maßgeblich dazu beitrugen, dass ich bei der Beschäftigung mit dieser Diplomarbeit vor „schwarzen Löchern“ gefeit war.



# INHALTSVERZEICHNIS

## EINLEITUNG .....1

## THEORETISCHER TEIL .....3

1	DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN ÖSTERREICH.....	3
1.1	<i>Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich.....</i>	3
1.2	<i>Nationale Daten.....</i>	4
1.3	<i>Die „Zwei- Klassen- Medizin“ in Österreich.....</i>	6
2	MEDIZINISCHE KOMMUNIKATION.....	9
2.1	<i>Forschungsstand.....</i>	9
2.2	<i>Allgemeine Charakteristika der medizinischen Kommunikation.....</i>	11
2.3	<i>Das ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräch als institutionelle Kommunikation.....</i>	12
2.3.1	Begriffsbestimmung.....	12
2.3.2	Kommunikation in Institutionen.....	13
2.3.3	Medizinische Kommunikation in ihrem institutionellen Umfeld.....	15
2.4	<i>Die asymmetrische Beziehungskonstellation.....</i>	16
2.5	<i>Die Zweckbezogenheit.....</i>	17
2.6	<i>Charakteristika medizinischer Kommunikation in der Arztpraxis.....</i>	18
2.7	<i>Zusammenfassung.....</i>	19
2.7.1	Grice´ Gesprächsmaximen und ihre Anwendbarkeit in der medizinischen Kommunikation.....	20
3	DIE METHODE DER LINGUISTISCHEN GESPRÄCHSANALYSE.....	22
3.1	<i>Was ist ein Gespräch?.....</i>	22
3.2	<i>Die Methode der linguistischen Gesprächsanalyse.....</i>	24
3.2.1	Forschungsgeschichtlicher Überblick.....	24
3.2.2	Das methodische Vorgehen.....	25
3.3	<i>Das ärztliche Gespräch.....</i>	29

## EMPIRISCHER TEIL .....31

4	FORSCHUNGSDESIGN.....	31
4.1	<i>Ausgangspunkte.....</i>	31
4.2	<i>Fragestellung.....</i>	32
4.3	<i>Das methodische Vorgehen.....</i>	33
4.4	<i>Kleines Glossar gesprächsanalytischer Begrifflichkeiten.....</i>	35
4.4.1	Partikeln.....	36
4.4.2	Interaktive Einheiten.....	37
4.4.3	Verzögerungsphänomene.....	37
4.4.4	Minimalbestätigungen.....	38
4.4.5	Schweigen.....	38
4.4.6	Unterbrechungen.....	38
4.4.7	Positive und negative Bewertungen.....	39
4.4.8	Rückmeldungssignale.....	39

5	DATENMATERIAL .....	39
5.1	<i>Das Datenkorpus</i> .....	39
5.2	<i>Quantitative Vorstellung des Datenmaterials</i> .....	42
5.2.1	Gegenüberstellung der Daten.....	44
5.3	<i>Qualitative Vorstellung des Datenmaterials</i> .....	45
6	ANALYSE .....	52
6.1	<i>Gesprächsbeginn und Beendigung</i> .....	52
6.1.1	Deskriptive Analyse der Einzelgespräche.....	55
6.1.2	Funktionale Analyse und Auswertung .....	72
6.2	<i>Körperliche Untersuchung</i> .....	81
6.2.1	Deskriptive Analyse der Einzelgespräche.....	84
6.2.2	Funktionale Analyse und Auswertung .....	106
6.3	<i>Ärztliche Reaktionen auf Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen</i> .....	113
6.3.1	Deskriptive Analyse der Einzelgespräche.....	114
6.3.2	Funktionale Analyse und Auswertung der Ergebnisse .....	126
6.4	<i>Zusammenfassung der Analyseergebnisse</i> .....	132
	<b>KONKLUSION</b> .....	<b>135</b>
	<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>141</b>
<hr/>		
	<b>ANHANG</b> .....	<b>I</b>
	<i>A. Transkriptionskonventionen</i> .....	<i>i</i>
	<i>B. Abstract</i> .....	<i>ii</i>
	Deutscher Abstract .....	ii
	English Abstract.....	ii
	<i>C. Lebenslauf</i> .....	<i>iv</i>

# EINLEITUNG

Gesundheit und Wohlbefinden sind zentrale Aspekte unseres täglichen Lebens, Besuche in Ordinationen und Gespräche mit ÄrztInnen stellen eine wichtige Komponente für die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit dar. Sprache ist hierbei zumeist das einzige Medium, welches einen Gedanken- und Informationsaustausch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ermöglicht, und nimmt daher eine zentrale Vermittlerrolle in der Interaktion ein. Gerade dieser Umstand verschärft jedoch auftretende Problematiken und Störungen der Kommunikation, da kaum Alternativen zum Medium der Sprache existieren. Die Bedeutung von Sprache in medizinischen Kontexten ist unbestritten, ebenso wenig allerdings auch deren „Fehleranfälligkeit“.

Eine sprachwissenschaftliche Auseinandersetzung, welche zum Ziel hat, Problemstellen und Schwachpunkte medizinischer Kommunikation nicht nur aufzudecken, sondern auch Ansätze zu deren Lösung bieten kann, ist von gesamtgesellschaftlicher Relevanz und dringend notwendig.

Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist in der angewandten Sprachwissenschaft bereits seit den 1980er Jahren ein breit untersuchtes Feld. Auch diese Diplomarbeit reiht sich in die gesprächsanalytische Forschung zu medizinischer Kommunikation ein, und stellt den Anspruch, Ergebnisse in ihrem soziologischen Kontext zu erfassen. Bisherige Untersuchungen auf diesem Gebiet widmen sich vorwiegend der Kommunikation in Krankenhäusern, Gespräche bei niedergelassenen ÄrztInnen sind im Gegensatz dazu ein weitgehend unerforschtes Feld. Auch die Auseinandersetzung mit Unterschieden, welche auf versicherungstechnische Bedingungen zurückzuführen sind, erfolgte bis dato nur äußerst spärlich.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Beitrag leisten, um der Vernachlässigung dieser Themengebiete entgegenzuwirken. Letztendlich soll die Frage beantwortet werden, in welchen Bereichen sich Gespräche bei niedergelassenen Wahl- und KassenärztInnen unterscheiden, und inwieweit beobachtete Differenzen die Existenz einer „Zwei-Klassen-Medizin“ in Österreich be- oder widerlegen. Selbstverständlich können im Rahmen dieser Diplomarbeit nur Fragmente bearbeitet werden, in jedem Fall allerdings ist die vorliegende Arbeit als ein erster Schritt zur Aufarbeitung dieser Forschungslücke zu verstehen.

Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit theoretischen Grundlagen und einer Präsentation der Methodik. Hier werden sowohl Informationen zum österreichischen Gesundheitssystem aufgearbeitet, als auch basale Ergebnisse und Erkenntnisse bisheriger Forschungen in der medizinischen Kommunikation vorgestellt.

Den Abschluss des ersten Abschnitts bildet schließlich die Besprechung der Forschungsmethode, wobei hier sowohl ihre historische Entstehung umrissen, als auch die konkrete Funktionsweise und Anwendung erklärt wird.

Der zweite Abschnitt widmet sich schließlich der empirischen Untersuchung. Hier wird das Forschungsdesign vorgestellt und das methodische Vorgehen bei der Analyse besprochen. Die quantitative und qualitative Präsentation des Korpus verschafft einen ersten Über- und Einblick, bevor schließlich die eigentliche Analyse erfolgt. Hierbei werden die Aspekte von Gesprächsbeginn und Beendigung, der Ablauf körperlicher Untersuchungen und ärztliche Reaktionen auf Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt.

Die Analyse dieser drei Gebiete erfolgt schließlich jeweils zuerst in einer deskriptiven Form, bei der Gespräch für Gespräch einzeln untersucht wird. Schließlich knüpft eine gesprächsübergreifende funktionale Analyse an, welche zum Ziel hat, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Gespräche aufzudecken, und Zusammenhänge mit vertragsartig bedingten Differenzen herauszuarbeiten.

Zusammenfassend werden daraufhin Ergebnisse der Analysen verknüpft und erste Einsichten präsentiert.

Die Konklusion widmet sich abschließend der Vorstellung der Analyseergebnisse, sowie einer Kontextualisierung dieser. Schließlich wird ein Konnex zwischen theoretisch und empirisch gewonnenen Ergebnissen hergestellt.

# THEORETISCHER TEIL

## 1 Das Gesundheitssystem in Österreich

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit allgemeinen Merkmalen des österreichischen Gesundheitssystems. Ziel ist es, die Organisationsstruktur des Gesundheitswesens darzustellen, um eine Rahmung des Untersuchungsgegenstandes auf theoretisch institutioneller Ebene vorzunehmen. Hierfür werden relevante Charakteristika des österreichischen Gesundheitssystems dargelegt und mit internationalen Werten abgeglichen. Es wird versucht, den Fokus auf ambulante ärztliche Betreuung zu legen, wobei anzumerken ist, dass hierfür auch ein grundsätzliches Verständnis für die Beschaffenheit des Systems gegeben sein muss.

In einem weiteren Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit in Österreich von der Existenz einer „Zwei- Klassen- Medizin“ gesprochen werden kann, und anhand welcher Kriterien dieses Vorhandensein in Erscheinung treten würde.

### 1.1 Das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Der Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen ist im europäischen Vergleich als sehr zufriedenstellend zu bewerten. Es liegt nahe, aus diesem Grund auch dem österreichischen Gesundheitssystem im Gesamten grundsätzlich ein gutes Zeugnis auszustellen.

Tatsächlich scheint das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich äußerst funktionstüchtig organisiert zu sein. Wird die Gesundheitsquote (jener Anteil des Bruttoinlandsprodukts der jährlich für den Bereich „Gesundheit“ aufgewendet wird) als Bemessungsgrundlage herangezogen, belegt Österreich bei internationalen Bestandsaufnahmen der OECD („Organisation for Economic Co-operation and Development“) mit Daten aus dem Jahr 2009 den achten Platz (OECD, Stat. Extracs). Die Pro- Kopf- Gesundheitsabgaben 2009 betragen 3.358 Euro jährlich. Dies entspricht etwa 10,3 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 7). Eine großangelegte Studie der WHO („World Health Organisation“) aus dem Jahr 2000 bei der Gesundheitssysteme aller OECD- Länder miteinander verglichen und in eine Rangordnung gebracht wurden, platziert Österreich an neunter Stelle (vgl. WHO, The World Health Report 2000).

Die Aussagekraft dieser internationalen Vergleiche kann durchaus in Zweifel gezogen werden, nicht zuletzt deshalb führt auch die WHO seit dem Jahr 2000 keine derartigen Rankings mehr durch, da die Komplexität der zu untersuchenden Gebiete eine sinnvolle Reihung unmöglich macht (vgl. Press Release WHO/44, 21 June 2000).

## 1.2 Nationale Daten

Grundsätzlich ist in Österreich Gesundheitssicherung eine Aufgabe des Staates. Die Verantwortung hierfür liegt jedoch nicht ausschließlich beim jeweils für Gesundheit verantwortlichen Ministerium (derzeit das „Bundesministerium für Gesundheit“), da gewisse Kompetenzen auch auf andere Akteure übertragen werden (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 15). Verschiedenen Ministerien des Bundes, den Ländern und Gemeinden sowie Sozialversicherungsträgern kommt ebenfalls große Bedeutung im österreichischen Gesundheitswesen zu. Auch spielen Netzwerke und Dachverbände besonders im Bereich der Primärprävention und der Gesundheitsförderung eine tragende Rolle (vgl. BMG, Gesundheit und Krankheit in Österreich, 2009: 42).

Die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens erfolgt über zwei Quellen. Einerseits stellen Steueraufkommen einen beträchtlichen Anteil der finanziellen Mittel dar, andererseits fließen auch Sozialversicherungsabgaben in die Finanzierung mit ein (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 15).

Das österreichische Sozialversicherungsmodell fußt auf dem Modell der Pflichtversicherung, und bietet Angaben des Gesundheitsministeriums zufolge Leistungen für 99% der Bevölkerung. Insgesamt gibt es 22 Sozialversicherungsträger, welche schlussendlich für das Leistungsangebot des Gesundheitssystems sorgen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 6).

Alle Gesundheitsausgaben, also jene finanziellen Aufwendungen, die dazu genützt werden, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, beliefen sich im Jahr 2007 auf insgesamt 27,9 Milliarden Euro (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 7).

Eine Betrachtung der Verteilung der Gesundheitsausgaben (Stand Februar 2007) zeigt, dass etwa 35,5% des Gesamtbetrages für den Sektor der stationären Behandlungen aufgewendet werden und 19,2% in die Finanzierung ambulanter Behandlungen (jedoch ohne Zahnbehandlungen) fließen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 8). Werden die finanziellen Aufwendungen je Sektor in absoluten Zahlen angegeben, muss eine Unterscheidung von öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben vorgenommen werden. Öffentliche Gesundheitsausgaben werden sowohl von staatlichen Institutionen (beispielsweise Bund und Gemeinden) als auch von Sozialversicherungsträgern aufgebracht. Sie belaufen sich derzeit auf 8.219 Millionen Euro für den stationären und auf 3.992 Millionen Euro für den ambulanten Sektor (Stand Februar 2007). Private Gesundheitsausgaben umfassen demzufolge all jene finanziellen Mittel, die nicht von öffentlicher Hand zur Verfügung gestellt werden. Dazu zählen etwa Ausgaben privater Versicherungsunternehmen und anderer privater Organisationen ohne Erwerbszweck sowie jene der privaten Haushalte. Auch die Inanspruchnahme von WahlärztInnen fällt in diese Kategorie, wobei diese Kosten teilweise von Krankenversicherungsträgern rückerstattet werden (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 9). Die ambulante Versorgung wird

einerseits durch etwa 800 Ambulatorien abgedeckt, welche entweder unter privater Leitung stehen oder von Krankenversicherungsträgern selbst geführt werden. Den größten Anteil an der Durchführung ambulanter Versorgung übernehmen jedoch frei praktizierende, extramurale ÄrztInnen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 14).

Insgesamt gab es im Jahr 2008 in Österreich 41.830 Fach- und AllgemeinärztInnen, von denen 10.697 in einem Vertragsverhältnis mit den Sozialversicherungsträgern standen. In Summe gibt es 12.220 berufsausübende AllgemeinmedizinerInnen, davon verfügen 4.134 über einen Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern. Bei den 18.176 FachärztInnen haben 3.701 derartige Verträge. Die restlichen Verträge mit Sozialversicherungsträgern entfallen auf ZahnärztInnen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 14).

Zahlen aus dem Jahr 2009 zeigen ähnliche Resultate: Von den insgesamt 15.939 niedergelassenen ÄrztInnen (Stand Dezember 2009) stehen 4.108 allgemeine ÄrztInnen und 3.574 FachärztInnen in einem Vertragsverhältnis mit Krankenversicherungen. Insgesamt sind also 48% aller ÄrztInnen (beziehungsweise 7.682 Personen) im vertraglichen Rahmen von Krankenversicherungsträgern tätig (vgl. HVB, Handbuch der österreichischen Sozialversicherungen, 2010: 45). Der Großteil der ambulanten Versorgung wird von ebenjenen VertragsärztInnen erbracht.

Im Jahr 2008 nahmen krankenversicherte Personen durchschnittlich 6,85 vertragsärztliche Hilfsleistungen in Anspruch (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 14).

Verträge zwischen ÄrztInnen und Krankenversicherungsträgern basieren auf Gesamtverträgen, welche zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Ärztekammern auf Landesebene ausgehandelt werden (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich 2005: 51). Einzelverträge, die schlussendlich zwischen den jeweiligen ÄrztInnen und den involvierten Versicherungsträgern geschlossen werden, bauen auf ebenjenen Gesamtverträgen auf. Obwohl die Honorierung meist unterschiedlich geregelt ist, hat sich in der Praxis ein Mischsystem durchgesetzt, in dem Pauschalhonorare und Einzelleistungsvergütungen parallel vorkommen (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 51).

Im Gegensatz dazu sind WahlärztInnen als jene ÄrztInnen definiert, welche in keinem Vertragsverhältnis mit Versicherungsträgern stehen (vgl. Österreichische Sozialversicherung).

Nachdem diese nicht pauschal von Krankenversicherungsträgern bezahlt werden, sondern ihre Leistung direkt über Honorarnoten von PatientInnen vergütet wird, sind diese, ihre Entlohnung betreffend, abhängiger von einzelnen PatientInnen.

Die ÄrztInnendichte kann allgemein als gut bezeichnet werden, im europäischen Vergleich rangiert Österreich im oberen Drittel. Auf 100.000 EinwohnerInnen kommen demnach 374,9 praktizierende ÄrztInnen, 153,0 davon sind ÄrztInnen der Allgemeinmedizin. Trotzdem

zeigen sich regionale Unterschiede in der Verteilung (vgl. WHO Europe, Der europäische Gesundheitsbericht, 2009: 187). Im österreichischen Schnitt kommen inklusive ZahnärztInnen und ÄrztInnen in Ausbildung etwa 5 ÄrztInnen auf jeweils 1000 EinwohnerInnen (vgl. ÖBIG, Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 2010: 15).

Grundsätzlich sind es AllgemeinmedizinerInnen, die eine primäre medizinische Versorgung von PatientInnen sicherstellen. Als erste Anlaufstelle bei Erkrankungen entscheiden sie über das weitere Vorgehen und überweisen PatientInnen gegebenenfalls zu FachärztInnen oder Krankenambulanzen (vgl. BMGF, Das Gesundheitswesen in Österreich, 2005: 51).

Die spezielle interaktive Situation in welcher sich ÄrztInnen und PatientInnen in Ordinationen niedergelassener MedizinerInnen finden, wird in Kapitel 2.6 „*Charakteristika medizinischer Kommunikation in der Arztpraxis*“ genauer beleuchtet.

### 1.3 Die „Zwei- Klassen- Medizin“ in Österreich

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich nun mit der Frage, ob und wenn ja inwieweit Österreichs Gesundheitssystem Charakteristika einer „Zwei- Klassen- Medizin“ aufweist. Zu Beginn wird der Begriff der „Zwei- Klassen- Medizin“ definiert und klargestellt, auf welchen Gegebenheiten ein zweigeteiltes Gesundheitssystem beruht. Schließlich werden jene Merkmale der Organisation des österreichischen Gesundheitssystems herausgearbeitet, welche für oder gegen die Existenz einer „Zwei- Klassen- Medizin“ sprechen.

Im deutschsprachigen Raum hat der Begriff „Zwei- Klassen- Medizin“ eindeutig negative Konnotation und wird vielfach als politisches Schlagwort benutzt. Obwohl bisher eine präzise Definition fehlt, gibt es einen gesellschaftlichen Konsens, wonach eine „Zwei- Klassen- Medizin“ grundsätzlich abzulehnen ist, da eine Begünstigung bestimmter Personengruppen zu Lasten Benachteiligter ein Kernelement der zweigeteilten medizinischen Versorgung darstellt (vgl. Schulze Ehring; Weber, 2009: 136). Es verwundert daher kaum, dass sich GesundheitsministerInnen und andere maßgeblich an der Organisation des Gesundheitssystems beteiligte Personen strikt gegen den Vorwurf der Existenz einer „Zwei- Klassen- Medizin“ verwehren. Der Begriff der „Zwei- Klassen- Medizin“ setzt logischerweise die Existenz einer „Ein- Klassen- Medizin“ voraus. Diese bezeichnet jenes System, bei dem

*„jedes Mitglied einer Gesellschaft unabhängig vom Versicherungs- oder Sozialstatus oder von finanziellen Mitteln eine im Vorfeld definierte einheitliche Gesundheitsversorgung erhält (Einheitsmedizin).“*  
(Schulze Ehring; Weber, 2009: 136)

Vergleicht man nun diese Definition mit dem gegenwärtigen Gesundheitssystem in Österreich, wird offensichtlich, dass eine strikte „Ein- Klassen- Medizin“ systemimmanent unmöglich ist. Die Tatsache, dass PatientInnen zwischen Wahl- und KassenärztInnen wählen können, somit also de facto keine „im Vorfeld definierte einheitliche Gesundheitsversorgung“ besteht, weist bereits auf eine Zweiteilung des Gesundheitssystems hin. Die angesprochene zweite Behandlungsklasse ergibt sich also

durch WahlärztInnen, welche vielfach als BelegärztInnen in Sanatorien oder FachärztInnen in Krankenhäusern als Nebenbeschäftigung WahlärztInnenpraxen führen. Da sie aufgrund ihrer Tätigkeit in Krankenhäusern häufig zu jenen ExpertInnen mit der größten Praxiserfahrung gehören, wenden sich viele PatientInnen an sie. Die Kosten müssen privat getragen werden, zum Teil gibt es aber partielle Rückerstattungen durch Sozialversicherungsträger (vgl. Laimböck, 2009: 194).

Ob und wenn ja inwieweit diese Zweiteilung aber tatsächlich in einer „Zwei- Klassen- Medizin“ im oben definierten Sinne resultiert, wird von unterschiedlichen AkteurInnen nicht einheitlich beantwortet. Laimböck (2009: 194) konstatiert in diesem Zusammenhang etwa, dass die „Zwei- Klassen- Medizin“ in österreichischen Praxen kaum in Erscheinung tritt, da im Gegensatz zu einigen anderen Ländern der europäischen Union kaum private Krankenversicherungen bestehen, die ambulante Versorgung in Praxen von WahlärztInnen abdecken. Gegenteilige Beobachtungen finden sich jedoch immer wieder in Initiativen einzelner Parteien, beispielsweise in jener der niederösterreichischen Grünen, welche allerdings von parteiunabhängigen SpezialistInnen bestätigt werden (vgl. Grüne Niederösterreich). Argumentiert wird hierbei, dass allein schon die Existenz von WahlärztInnen die „Zwei- Klassen- Medizin“ als Gegebenheit festsetzt. Die politische sowie soziale Aufgeladenheit des Begriffs führt auch zu einer wiederkehrenden medialen Auseinandersetzung mit dieser Thematik.

Obwohl bisher keine konkrete Definition des Begriffs „Zwei- Klassen- Medizin“ vorliegt, zeigt eine Studie des Instituts für Demoskopie in Allensbach aus dem Jahr 2007 mit 1900 Befragten auf, wie verankert die Idee einer „Zwei- Klassen- Medizin“ in der Bevölkerung tatsächlich ist. Hierbei wird deutlich, dass der Begriff „Zwei- Klassen- Medizin“ vielfach mit Qualitätsunterschieden in der Behandlung assoziiert wird. 78% der befragten Personen stimmten demnach der Aussage „Es wird immer mehr zu einer Zwei- Klassen- Medizin kommen, also eine gute Versorgung für Wohlhabende und eine schlechtere für alle anderen“ zu (vgl. Schulze Ehring; Weber, 2009: 136 f.).

In einer jährlich durchgeführten Studie unter dem Titel „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann- Stiftung, wurden im Jahr 2007 konkret Unterschiede in der Behandlung von PatientInnen mit Privat- und Kassenvertrag untersucht. Da das deutsche und österreichische Gesundheitssystem in vielerlei Hinsicht ähnlich organisiert sind, scheinen die Ergebnisse auch grenzüberschreitende Aussagekraft zu besitzen.

Auf Basis von halbjährlichen Befragungen von 992 Privatversicherten und 13.606 Kassenversicherten aus den Jahren 2001 bis 2006 wurden hauptsächlich Fragen zum ÄrztInnen- PatientInnen- Verhältnis untersucht. Hierbei wurden Wartezeiten, Aufklärung durch ÄrztInnen, Eingehen der ÄrztInnen auf PatientInnen und Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit der PatientInnen mit den jeweiligen ÄrztInnen miteinbezogen (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 117).

Bei der Datenaufnahme zeigten sich deutliche Unterschiede innerhalb der PatientInnengruppen: Privatversicherte waren vorwiegend männlich, im Durchschnitt jünger und verfügten über ein deutlich höheres Einkommen als KassenpatientInnen (vgl. Mielck;

Helmert, 2007: 117). Hinsichtlich des Gesundheitszustandes zeigten sich ebenfalls erhebliche Differenzen, demnach ist die Rate jener Personen, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ und „schlecht“ bezeichnen bei KassenpatientInnen doppelt so hoch wie bei Privatversicherten (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 118).

Was nun Unterschiede von Wartezeiten bei ambulanten ÄrztInnen betrifft, wurden hier drei Aspekte berücksichtigt: Einerseits wurde die Wartezeit beim letzten Besuch in einer Arztpraxis bei HausärztInnen erfragt, andererseits auch die Wartezeit, um einen Termin bei FachärztInnen zu erhalten, sowie schließlich die Wartezeit beim letzten Besuch in der Praxis von FachärztInnen (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 119). In jeder der drei Befragungseinheiten sind Unterschiede bei Wartezeiten statistisch signifikant, kurze Wartezeiten sind bei Privatversicherten deutlich öfter zu beobachten als bei KassenpatientInnen.

Ärztliche Aufklärung über Medikation und etwaige Nebenwirkungen wird grundsätzlich als zufriedenstellend beurteilt, der Anteil der unzufriedenen PatientInnen liegt allerdings auch in diesem Bereich bei KassenpatientInnen weit über dem der PrivatpatientInnen. KassenpatientInnen stimmten demnach der Aussage „Der Arzt/ die Ärztin<sup>1</sup> nimmt sich zu wenig Zeit“ deutlich öfter zu, als PrivatpatientInnen (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 119).

Es zeigte sich auch, dass der Prozess des „shared decision-making“, also die gemeinsame Entscheidung für medizinische Behandlungsoptionen bei PrivatpatientInnen im Wesentlichen erfolgreicher ist (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 120).

Unter statistischer Kontrolle des Einflusses von Alter, Geschlecht, Einkommen und Gesundheitszustand lässt sich weiters statuieren, dass die Wahrscheinlichkeit, dass sich ÄrztInnen zu wenig Zeit für PatientInnen nehmen, bei KassenpatientInnen 1,7- mal größer ist, als bei PrivatpatientInnen. Unter weiterer Berücksichtigung des Quotenverhältnisses werden auch die Aussagen: „Mein Arzt/ Meine Ärztin hat nicht alle Fragen beantwortet“ und „Der Facharzt/ Die Fachärztin hat mir bei meinem letzten Besuch nur teils/ teils oder gar nicht genügend Informationen über meinen Gesundheitszustand oder über meine medizinische Behandlung gegeben“ dahingehend signifikant, als dass sie bei KassenpatientInnen deutlich häufiger auftreten. In diesem Zusammenhang ist auch die Aussage „Das letzte Behandlungsgespräch mit meinem Arzt/ meiner Ärztin hat länger als fünf Minuten gedauert“ deutlich seltener, als bei PrivatpatientInnen (vgl. Mielck; Helmert, 2007: 123 f.). Zusammenfassend kommen Mielck und Helmert zu folgenden Ergebnissen:

*„Verglichen mit Privatversicherten sind Kassenversicherte:*

- *kränker,*
- *müssen länger auf eine ärztliche Betreuung warten,*
- *haben kürzere Gespräche mit dem Arzt [der Ärztin]*
- *fühlen sich schlechter von ihren Ärzt[Inn]en über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten informiert und*
- *fühlen sich weniger beteiligt am Entscheidungsprozess über die durchzuführenden medizinischen Behandlungen“* (Mielck; Helmert, 2007:126)

---

<sup>1</sup> Geschlechtergerechte Varianten aller folgenden direkten und indirekten Zitationen wurden von der Verfasserin hinzugefügt.

Abschließend lässt sich nun also konstatieren, dass das österreichische Gesundheitssystem eindeutig Merkmale von Qualitätsunterschieden bei der Behandlung von PatientInnen mit unterschiedlicher Versicherung aufweist. Obwohl von offizieller Seite darauf bestanden wird, dass das österreichische Gesundheitssystem eine absolut gleiche Behandlung von Kassenversicherten und Privatversicherten garantiert, zeigen sich in den oben angeführten Beobachtungen doch gewisse Differenzen. Natürlich entspricht es in einem Land mit einer grundsätzlich sehr guten medizinischen Versorgung wie Österreich nicht der Realität, von einer drastischen Benachteiligung und Unterversorgung von KassenpatientInnen auszugehen. Trotzdem sei darauf verwiesen, dass gerade bei medizinischen Behandlungsgesprächen oftmals kleine Differenzen enorme Qualitätsunterschiede bewirken können. Schlussendlich können keine Aussagen über eine unter Umständen fachlich höhere Kompetenz von WahlärztInnen getroffen werden, die gängige Praxis einer Doppelbeschäftigung in Krankenhäusern und vergleichsweise kleineren privaten Ordinationen ließe jedoch ein höheres Maß an Routine bei WahlärztInnen vermuten. Diese könnte sich positiv auf fachliche Kompetenzen auswirken.

Unabhängig davon ergeben sich jedoch Qualitätsunterschiede in der Behandlung durch nicht konkret medizinische Fähigkeiten und Fertigkeiten der ÄrztInnen. Beispielhaft wären hier etwa Faktoren der Zeit sowie der Beziehungsgestaltung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen anzuführen.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit sollen speziell Differenzen in der ärztlichen Kommunikation dahingehend untersucht werden, ob diese bei WahlärztInnen grundsätzlich effizienter abläuft, also Voraussetzungen für eine optimale medizinische Versorgung schafft, sowie gleichzeitig den Bedürfnissen aller GesprächsteilnehmerInnen zur beidseitigen Zufriedenheit Rechnung getragen wird, und welche Bestandteile der Kommunikation hierzu einen Beitrag leisten können.

Im folgenden Kapitel werden nun Erkenntnisse der bisherigen Forschung im Bereich der medizinischen Kommunikation dargelegt. Es werden Informationen zum Forschungsstand gegeben und institutionelle Faktoren der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion herausgearbeitet. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit den Charakteristika medizinischer Kommunikation bei und mit niedergelassenen MedizinerInnen.

## **2 Medizinische Kommunikation**

### **2.1 Forschungsstand**

Medizinische Kommunikation ist in der Sprachwissenschaft ebenso wie in einigen anderen Wissenschaftsdisziplinen seit den 1980er Jahren als Forschungsschwerpunkt relevant. Da ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation vielfach als eine spezielle Form institutioneller Kommunikation erkannt wird, fokussierte die Erforschung dieses Gebiets besonders zu Beginn die Untersuchung institutionenspezifischer Charakteristika oder die verwendete

Fachsprache (etwa Lippert, 1978). Der Grund, weshalb gerade in den 80er Jahren das Interesse auf diesen Bereich gelenkt wurde, mag unter anderem mit technischen Neuerungen dieser Zeit erklärbar sein. Tonband und Videoaufzeichnungen ermöglichten es, mündliche Kommunikation in neuer Form zu dokumentieren und analysieren. Das Gespräch an sich wurde somit zum Gegenstand der sprachwissenschaftlichen Forschung (vgl. Löning, 2001: 1576).

Die Auseinandersetzung mit medizinischer Kommunikation aus linguistischer Perspektive umfasst im Rahmen von gesprächs- und diskursanalytischen Methoden unterschiedlichste Aspekte. Einerseits widmet man sich konkreten sprachlichen Verfahren im Kontext der medizinischen Kommunikation (vgl. etwa Linden, 1983), andererseits werden auch ganze Teilbereiche des medizinischen Felds unter linguistischen Gesichtspunkten (zum Teil auch in interdisziplinären Forschungsprojekten) in den Mittelpunkt gestellt (etwa Menz (et al.), 2010; Lalouschek; Menz; Wodak, 1990). Nach einer Kategorisierung Lönings können Publikationen demnach dem Forschungsschwerpunkt entsprechend sortiert werden (vgl. Löning, 2001: 1577). Das erste Cluster bilden Analysen mit dem Schwerpunkt der institutionellen Prägung des Ortes. Krankheitstyp und PatientInnengruppen stellen ebenso wie Untersuchungen zu konstitutiven Handlungszielen weitere Bereiche dar (vgl. Löning, 2001: 1577). Oftmals kommt es zu Mischformen dieser Themengebiete. Auch die vorliegende Arbeit stellt eine Kombination zweier Merkmale dar, da institutionelle Besonderheiten einer Arztpraxis mit einer Analyse nach PatientInnengruppen (konkret nach PatientInnen bei WahlärztInnen und nach PatientInnen bei KassenärztInnen) verbunden werden.

Den Bereich der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in Praxen niedergelassener ÄrztInnen betreffend, gibt es bisher wenige Untersuchungen welche sich konkret mit dieser Thematik auseinandersetzen.

Was nun Differenzen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen anbelangt, scheint auch dieser Bereich aus linguistischer Perspektive ein bisher größtenteils unerforschtes Gebiet zu sein. Unterschiede in der Behandlung die in Zusammenhang mit der Vertragsart der jeweiligen ÄrztInnen stehen, wurden bisher- wenn überhaupt- hauptsächlich im Gebiet der Medizinsoziologie thematisiert. In linguistischen Studien wurde dieser Faktor in Form von qualitativen Untersuchungen nicht berücksichtigt, wengleich einige ältere Forschungsarbeiten mehr oder weniger ausführlich auf sozioökonomisch bedingte Unterschiede in der Behandlung Bezug nehmen (vgl. Hein, 1985; Lalouschek; Menz; Wodak, 1990).

Quantitative Ergebnisse zu Unterschieden in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen liefert eine Studie zu Kommunikationsmustern und Gesprächstechniken zur Compliance- Förderung von PatientInnen (Menz; Plansky, 2010).

Die vorwiegend quantitative Untersuchung von insgesamt etwa 200 Gesprächen bei niedergelassenen ÄrztInnen aus drei verschiedenen Fachrichtungen legte deutliche Unterschiede bezüglich der Gesprächsdauer offen. Während demnach KassenärztInnen im Durchschnitt etwa 7,9 Minuten mit PatientInnen verbringen, fallen Gespräche bei WahlärztInnen mit der Dauer von 11,5 Minuten deutlich länger aus (vgl. Menz; Plansky,

2010: 7). Zudem zeigten sich signifikante Differenzen im Vorkommen von Verständnissicherungen und gesprächs- und behandlungsbezogenen Orientierungen. Keine vertragsartig bedingten Unterschiede treten bei organisatorischen Orientierungen sowie bei der Gesamtanzahl von Erklärungen oder Störungen der Gespräche auf (vgl. Menz; Plansky, 2010: 12). Das in der vorliegenden Arbeit verwendete Datenmaterial stammt aus dem im Rahmen dieser Studie erfassten Korpus, daher wird in Kapitel 5 erneut auf Eckdaten dieser Untersuchung eingegangen.

Unabhängig jedoch vom konkreten Forschungsinteresse ist allen Untersuchungen die Grundannahme gemein, dass medizinische Kommunikation stets unter institutionellen Rahmenbedingungen stattfindet. Selbst wenn gänzlich andere Gesichtspunkte eines Gesprächs untersucht werden, wird der Faktor der Institutionalität stets mitberücksichtigt. Aus diesem Grund wird in Kapitel 2.3 „*Das ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräch als institutionelle Kommunikation*“ ausführlich auf diesen Gesichtspunkt eingegangen. Zuerst werden allgemeine Charakteristika institutioneller Kommunikation und schlussendlich deren konkrete Ausprägungen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation dargestellt.

## **2.2 Allgemeine Charakteristika der medizinischen Kommunikation**

Nach Ehlich (1993: 80) setzt sich der Gesamtablauf der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen aus drei verschiedenen Teilbereichen zusammen.

Am Beginn steht der Bereich der „Symptomatisierung“. Hierauf folgt ein zweiter Abschnitt, bei dem ÄrztInnen in direkten körperlichen Kontakt mit PatientInnen treten. Sprachliches und körperliches Handeln der ÄrztInnen fließen hierbei ineinander über. Im Anschluss daran ist nach Ehlich der Bereich der „Repräsentation“ zu verorten, welcher neben der Abklärung der Sachlage auch bürokratische Prozesse miteinschließt. Diese erwähnten Bestandteile machen jeweils unterschiedliches kommunikatives Handeln notwendig (vgl. Ehlich, 1993: 80).

An dieser Stelle muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass jene Teilbereiche keinesfalls als chronologisches Ablaufschema erkannt werden können, und zum Teil den Bedürfnissen der PatientInnen entsprechend Bestandteile auch gänzlich entfallen können.

Grundsätzlich zeigen sich aufgrund folgender Konstanten der ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräche große Unterschiede zur Kommunikation im Alltag (vgl. Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 83):

- Der institutionelle Rahmen
- Die asymmetrische Beziehungskonstellation
- Die Zweckbezogenheit

Diese drei Merkmale werden nun ausführlicher dargestellt, und mit charakteristischen Abläufen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation verknüpft. Die genaue Beschäftigung mit dem Untersuchungsgegenstand medizinischer Kommunikation hat die Tragweite institutioneller Rahmenbedingungen offen gelegt.

Sie spiegelt sich sowohl im Bereich der Makroebene, also der grundsätzlichen Organisation und Struktur des Gesprächs, als auch auf der Mikroebene, bei der Realisierung einzelner Redebeiträge wider. Daher muss dieses Charakteristikum in jeglicher Untersuchung medizinischer Kommunikation berücksichtigt werden.

Da sich zeigt, dass die Faktoren der asymmetrischen Beziehungskonstellation sowie der Zweckbezogenheit ebenfalls zu einem gewissen Grad auf institutionelle Qualitäten der Kommunikation zurückzuführen sind, werden diese Abschnitte vergleichsweise knapp dargestellt, und ihre grundlegenden Inhalte bereits im folgenden Abschnitt erörtert.

Zu Beginn wird eine allgemeine Begriffsbestimmung vorgenommen, es folgt eine Darstellung von wesentlichen Merkmalen institutioneller Kommunikation. Schließlich werden Unterschiede zur Alltagskommunikation herausgearbeitet.

## **2.3 Das ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräch als institutionelle Kommunikation**

Bevor mit der Darstellung medizinischer Kommunikation in ihrem jeweiligen institutionellen Umfeld begonnen werden kann, ist es sinnvoll, den Begriff der Institution an sich zu klären und in einen linguistisch relevanten Kontext zu setzen.

### *2.3.1 Begriffsbestimmung*

Die Entstehung des Begriffs der Institution (lat. „institutio“, „Einrichtung“, „Bildung“, „Unterwerfung“, vgl. Kloz, 1879: 139) und die Beschäftigung damit reicht bis weit in das 17. Jahrhundert zurück. Üblicherweise werden Ausführungen von Hobbes sowie etwas später Rousseau herangezogen, da deren unterschiedliche Auffassungen über Wirkungsmacht und Sinnhaftigkeit sozusagen als Grundstein soziologischer Auseinandersetzungen mit Institutionen gelten. Besonders zu Beginn des 20. Jahrhunderts rückten SozialwissenschaftlerInnen Institutionen in den Mittelpunkt ihrer Forschung (vgl. Lalouschek; Menz; Wodak, 1990: 24).

Grundsätzlich umfasst der Terminus breitgefächerte Bedeutungsmöglichkeiten, laut Brockhaus (1989: 544) ist eine Institution beispielsweise eine

*„gesellschaftliche, staatliche oder kirchliche Einrichtung, in der bestimmte Aufgaben, meist in gesetzlich geregelter Form, wahrgenommen werden.“*

Soziologisch orientierte Definitionen von Institutionen wie jene von Meyer (et al.)

beschreiben diese folgendermaßen:

*„We see institutions as cultural rules giving collective meaning and value to particular entities and activities, integrating them into larger schemes. We both see patterns of activity and the units involved in them (individuals and other social entities) as constructed by such wider rules.“*  
(Meyer (et al.), 1987: 13)

Institutionalisierung schließt jene Prozesse mit ein, die bestimmte Regelsets manifestieren. Alternative Interpretations- und Regulationsmechanismen werden eliminiert, da bestimmte Sets an Regeln als vorgegeben akzeptiert und somit in ihrer Sinnhaftigkeit nicht hinterfragt werden (vgl. Meyer (et al.), 1987: 13).

Grundsätzlich kann statuiert werden, dass sich institutionelle Gefüge durch das Vorhandensein bestimmter Machtstrukturen auszeichnen.

Diese Strukturen ergeben sich durch unterschiedliche Rollen, welche AkteurInnen in Institutionen zugeschrieben werden. In einem grundlegenden Werk der Institutionenforschung aus dem Jahr 1966 („The social construction of reality“) erklären die Autoren Berger und Luckmann die Existenz solcher Rollen anhand der Tatsache, dass sich die Ordnung einer Institution und die jeweils gültigen Regeln mitunter auch durch eine Typisierung des eigenen sowie fremden Verhaltens ergeben (vgl. Berger; Luckmann, 1966: 89). Rollen bezeichnen demnach gewisse Typen von AkteurInnen in ihrem jeweiligen institutionellen Kontext. Die Ausübung und Internalisierung solcher Rollen ermöglicht es dem Individuum Teil der sozialen Welt zu sein, und mit dieser in Interaktion zu treten (vgl. Berger; Luckmann, 1966: 91). Rollen sind also jene Konzeptionen, welche Individuen eine spezifische soziale Position zuweisen (vgl. Scott, 1995: 38). Abhängig von der jeweiligen Rolle von AkteurInnen können also dieselben Verhaltensweisen entweder erlaubt, verboten oder erwünscht sein. Während es beispielsweise in einer Arztpraxis für ÄrztInnen völlig normal ist, mehr oder weniger Fremden intime Fragen zu stellen, erlaubt die Rolle der PatientInnen in diesem Kontext keine derartigen Handlungen, sondern schreibt vor, eher passiv aufzutreten.

Institutionen sind demnach Gefüge, in denen sich gesellschaftliche Macht manifestiert, und weiters eine Abgrenzung des jeweils möglichen sprachlichen Handlungsspielraums der AkteurInnen in Abhängigkeit von Berufs- und Statusrollen erfolgt (vgl. Lalouschek, 2007: 6).

Eng verbunden mit den eben beschriebenen Rollen in einer Institution sind die jeweils gültigen Regeln.

Institutionelle Regeln sind demnach bestimmte Verhaltensmuster, welche die Art und Weise des Handelns vorschreiben und an denen sich Menschen in spezifischen Situationen orientieren (vgl. Scott, 1995: 39). Im Bereich des sprachlichen Handelns werden durch institutionelle Regeln spezifische Interaktionsmuster etabliert. Diese Interaktionsmuster steuern Ort und Zeit der Kommunikationsabläufe, definieren Kompetenzen der AkteurInnen und reglementieren zulässige Redebeiträge, deren Abfolge sowie die Form der konkreten sprachlichen Handlung (vgl. Gülich, 1981: 422 in Lalouschek, 2007: 6).

Jene für Institutionen typischen hierarchischen Verhältnisse ergeben sich folglich aus einem Zusammenspiel aus bestimmten Rollen und den ihnen jeweils zugeschriebenen und inhärenten Regeln.

### *2.3.2 Kommunikation in Institutionen*

Kommunikation in Institutionen ist in mehrerlei Hinsicht von großem Interesse in unterschiedlichen Disziplinen der Wissenschaft.

Einerseits ist es sinnvoll, eine genauere Untersuchung von konstitutiven Regeln der Interaktion und des Diskurses vorzunehmen, da Sprechsituationen in Institutionen einer Form von Normierung unterliegen und demnach bis zu einem gewissen Maß wiederholbar sind (vgl. Wodak, 1987: 799).

Zudem ist es möglich, neue Erkenntnisse im Bereich der Sprachbarrieren und Problemfelder der Kommunikation sowie mögliche Lösungsansätze zu gewinnen, welche mit soziologischen und psychologischen Konstanten in Verbindung stehen. Eine politisch-praktische Dimension der Untersuchung institutioneller Kommunikation stellt ein weiteres Interessensfeld der Forschung dar (vgl. Wodak, 1987: 800).

Was die Forschungsgeschichte der Kommunikation in Institutionen betrifft, so liegen die Wurzeln in den 1960er Jahren bei Soziologen wie Goffman und Garfinkel, deren Beschäftigung mit „symbolischem Interaktionismus“ (Goffman, 1959) und der „Ethnomethodologie“ (Garfinkel, 1967) Grundstein für eine Untersuchung gesprochener Sprache im Kontext von Institutionen lieferten.

Zudem trugen auch die Sprechakttheorie (Searl, 1969; Austin, 1971) sowie Schütz' „verstehende Soziologie“ (1960) zu einer vertiefenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik bei (vgl. Wodak, 1987: 800).

In den späten 1960er Jahren und zu Beginn der 1970er Jahre wurde schließlich begonnen, einzelne Institutionen in den Fokus zu setzen. Anfangs bildete hier stets Bernsteins Code-Theorie (1970) den Ausgangspunkt, diese wurde jedoch im Laufe der Jahre stark kritisiert und durch neuere Methoden ergänzt oder ersetzt (vgl. Wodak, 1987: 800).

Bis heute liegt der Fokus auf verbaler Ebene, nonverbale und suprasegmentale Bestandteile der Kommunikation werden kaum untersucht.

Die im Rahmen der Begriffsbestimmung der „Institution“ erörterten Rahmenbedingungen und Charakteristika schlagen sich auch im Bereich der Kommunikation im institutionellen Umfeld deutlich nieder. Wodak stellt in diesem Zusammenhang einige Thesen auf, die Besonderheiten und Abweichungen von alltagssprachlichen Kommunikationssituationen aufzeigen.

Insgesamt sind es vier Merkmale, die Wodak anführt (vgl. Wodak, 1987: 801):

- Depersonalisierung/ Anonymisierung
- Ritualisierung/ Formalisierung
- Militarisierung
- Rationalisierung/ Harmonisierung

Setzt man in weiterer Folge Alltagskommunikation in direkte Opposition zur Kommunikation in Institutionen, treten Differenzen deutlich in Erscheinung.

Nach Soeffner (1984: 42 ff. in Wodak, 1987: 801) zeichnet sich alltägliche Kommunikation demnach durch folgende Aspekte aus:

- InteraktionspartnerInnen verfügen über den Willen und die Fähigkeit, Perspektiven des Gegenübers einzunehmen.
- Es herrscht das Postulat der Vernünftigkeit der Argumente.
- Es wird stets davon ausgegangen, dass ein Konsens zwischen GesprächsteilnehmerInnen erreicht werden kann.

- Es gibt eine kontrafaktisch wirksame, rationale Konstruktion der Gleichheit und Mündigkeit der InteraktionspartnerInnen.
- Rede- und Fragerecht ist für alle TeilnehmerInnen gleich.
- InteraktionsteilnehmerInnen übernehmen bei jeder geäußerten Überzeugung eine Beweis- und Überprüfungspflicht.

Es zeigt sich zusätzlich, dass Gesprächsmaximen, die nach Grice (1975, neuerschienen in Hoffmann [Hrsg.], 2010) in alltäglichen Konversationen gültig sind, nur bedingt im Rahmen institutioneller Kommunikation anwendbar gemacht werden können.

Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass Grice´ Minimalkonsens (beziehungsweise das „Kooperationsprinzip“):

*„Mache deinen Gesprächsbeitrag jeweils so, wie es von dem akzeptierten Zweck oder der akzeptierten Richtung des Gesprächs, an dem du teilnimmst, gerade verlangt wird.“*

(Grice, 1975 in Hoffmann 2010: 199)

für konversationelle Handlungen aller Art auch im Rahmen institutioneller Kommunikation gilt, es zeigt sich jedoch deutlich, dass in diesem Fall oftmals keine Einigkeit von AgentInnen und KlientInnen herrscht, was die konkrete kontextuelle Bedeutung der für jedes Gespräch geltenden Kategorien (sowie deren Maximen) betrifft. Die vier Kategorien der Quantität, Qualität, Relation und der Modalität (vgl. Grice, 1975 in Hoffmann, 2010: 199) sind für unterschiedliche AkteurInnen qua ihrer Rollen in einer Institution jeweils verschieden definiert und tragen demnach andere Relevanz im Gespräch.

Bereits anhand dieses kurzen Überblicks über institutionelle und alltägliche Kommunikation werden drastische Unterschiede anschaulich. In welcher Form sich diese Differenzen in medizinischer Kommunikation manifestieren, wird im nachfolgenden Teil erörtert.

### 2.3.3 Medizinische Kommunikation in ihrem institutionellen Umfeld

Institutionsspezifische asymmetrische Rollenverteilung von ÄrztInnen und PatientInnen kann anhand mehrerer Merkmale festgemacht werden.

Die Folgen der bereits erwähnten Zuordnung sprachlicher Handlungen zu einzelnen AkteurInnen mittels Status- und Berufsrollen können nach Quasthoff (1990: 70 ff.) mit dem Prinzip der Zuständigkeit erklärt werden.

Es handelt sich bei medizinischer Kommunikation um eine sogenannte ExpertInnen- Laien-Interaktion. Während das Wissen der PatientInnen auf persönlichen und subjektiven Erfahrungen beruht, haben ÄrztInnen sowohl das notwendige Fachwissen als auch die Möglichkeit, Krankheiten und Krankheitsbilder mit Hilfe des Repertoires der medizinischen Fachsprache zu beschreiben (vgl. Lalouschek, 1995: 27 f.). ÄrztInnen machen von speziellen Mitteln der Gesprächsorganisation Gebrauch, und kontrollieren so den inhaltlichen Verlauf der Interaktion. Sie verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und den ihnen dadurch zugewiesenen institutionellen Rollen als AgentInnen über mehr Macht und Handlungsspielraum im Rahmen der Interaktion. Demnach sind diese für Gesprächseröffnungen und Beendigungen verantwortlich und verfügen über die Möglichkeit

Fragen zu stellen und Themenwechsel einzuleiten (vgl. Lalouschek, 2007: 6). Das alles sind interaktionelle Handlungsspielräume, welche PatientInnen in dieser Form verschlossen bleiben. In der Rolle der KlientInnen ist ihr sprachliches Handeln zumeist direkt auf jenes der ÄrztInnen bezogen, Gelegenheiten aktiv und gesprächssteuernd in die Interaktion einzugreifen sind begrenzt. PatientInnen befinden sich demnach in einer grundsätzlich reaktiven Position (vgl. Lalouschek, 2007: 6). Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass PatientInnen zum Teil mit der Schwierigkeit konfrontiert sind, zu eruieren, welche Informationen für ÄrztInnen relevant sind. Fehlendes Routinewissen führt hier dazu, dass thematische Zusammenhänge von PatientInnen oftmals nicht erkannt werden (vgl. Lalouschek, 2007: 7).

Dem Prinzip der Zuständigkeit entsprechend fällt es in den Aufgabenbereich der ÄrztInnen, diagnostische und therapeutische Aufgaben durchzuführen, demgegenüber liegt es in der Kompetenz der PatientInnen, subjektive Befindlichkeiten, die Vorgeschichte und aktuelle Beschwerden zu thematisieren (vgl. Quasthoff, 1990: 74).

Weiters lässt sich statuieren, dass besonders schulmedizinisch orientierte ÄrztInnen durch ihre Rolle als solche dazu verpflichtet sind, eine wissenschaftlich- objektiv und emotional neutrale Haltung ihren PatientInnen gegenüber einzunehmen (vgl. Lalouschek, 2007: 7). Hierarchische Verhältnisse und die dominante Orientierung am ärztlichen ExpertInnenwissen tragen maßgeblich zu einseitiger Entscheidungsfindung bei (vgl. Lalouschek, 2007: 7).

Nachdem der institutionelle Rahmen der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation eingehend erörtert wurde, befassen sich die beiden folgenden Kapitel mit weiteren Konstanten der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation.

## **2.4 Die asymmetrische Beziehungskonstellation**

Asymmetrische Verhältnisse spiegeln sich in einigen Ergebnissen aus Untersuchungen der internen Organisation von ÄrztInnen- PatientInnen- Gesprächen wider (vgl. Lalouschek, 1995: 17). Es wurde aufgezeigt, dass ÄrztInnen grundsätzlich den aktiven Redepart übernehmen, während PatientInnen ärztliche Entscheidungen akzeptieren und somit vorwiegend reaktiv handeln. Zudem übernehmen ÄrztInnen quantitativ mehr Redezeit und unterbrechen Initiativen und Erzählversuche von PatientInnen zum Teil noch vor einem erkennbaren Inhalt (vgl. Lalouschek, 1995: 17). Typischerweise verwenden ÄrztInnen geschlossene Fragen, sodass PatientInnen wenige Möglichkeiten haben, selbstständig und frei zu sprechen. Initiativen von ÄrztInnen, Erklärungen zu Diagnose und Therapie anzubieten, ohne von PatientInnen direkt danach gefragt zu werden, sind eher selten (vgl. Lalouschek, 1995: 17).

Asymmetrien in ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation scheinen also auf der Hand zu liegen. Abgesehen von institutionell bedingten Einschränkungen der Handlungsspielräume von AktantInnen, sind es hauptsächlich unterschiedliche Wissensbestände, welche ein gewisses Maß an Ungleichgewicht herbeiführen.

ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräche gehören demnach der Gruppe der ExpertInnen- Laien-Kommunikation an. ÄrztInnen verfügen durch ihre Ausbildung über ein fachspezifisches Spezialwissen und besitzen Kenntnisse über arbeitsorganisatorische und institutionelle Vorgänge (Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 83). Zudem wächst dieses Machtgefälle durch die staatliche und gesellschaftliche Legitimation im Rahmen der Approbation. PatientInnen sind meist direkt betroffen und emotional belastet, ÄrztInnen hingegen verhalten sich professionell distanziert, da ihre Wahrnehmung des eigentlichen Gesprächsgegenstandes eine völlig andere ist (vgl. Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 83).

Charakteristisch hierfür ist der stattfindende Wissenstransfer, der in beide Richtungen vollzogen werden kann (vgl. Lalouschek, 2007: 8). Im Verlauf des Gesprächs kommt es zu einer verbalisierten, mentalen sowie interaktiven Bearbeitung vorhandener Wissensbestände, teilweise werden Differenzen bis zu einem gewissen Grad ausgeglichen (vgl. Brünner; Gülich, 2002: 20 in Lalouschek, 2007: 8). Das exklusive krankheitsbezogene Erlebniswissen der PatientInnen wird ÄrztInnen zugänglich gemacht und ermöglicht eine Diagnosestellung (vgl. Lalouschek, 2007: 8). Im Gegenzug machen ÄrztInnen ihren PatientInnen jeweils fragmentierte Aspekte ihres ExpertInnenwissens zugänglich.

Bei der Verwendung von Krankheits- und Symptombezeichnungen können nach Rehbein und Löning (1995 in Lalouschek, 2007: 8 f.) semi- und pseudoprofessionelle Benennungen unterschieden werden. Während ÄrztInnen mit Hilfe eines semiprofessionellen Wortschatzes versuchen, Ausdrücke der medizinischen Fachsprache zu übersetzen, zeigen PatientInnen oftmals gegenteiliges Verhalten. Mittels pseudoprofessioneller Ausdrucksweisen wird so medizinisches Wissen ohne professionelle Wissensbasis suggeriert, welches nach Cicourel (1995) als „doctor´s talk“ bezeichnet werden kann (vgl. Lalouschek, 2007: 9).

## **2.5 Die Zweckbezogenheit**

Die oben aufgezeigte Strukturiertheit eines herkömmlichen ÄrztInnen- PatientInnen-Gesprächs ist auf gesprächsübergreifende Zwecke der Diagnosestellung und Therapiefindung zurückzuführen (vgl. Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 84). Der Zweckbezug zeigt sich nicht nur in der Aufgabenorientiertheit der Gespräche, er gibt auch eindeutig ein Aufgabenprofil für teilnehmende AkteurInnen vor. Aktivitäten wie etwa Fragen oder Diagnosestellung sind den ÄrztInnen vorbehalten, Antworten und Beschwerdeschilderungen fallen in den Aufgabenbereich der PatientInnen.

Prägend für die ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation ist zudem der Prozess der Fragmentierung. Hierbei findet sozusagen ein Übersetzungsprozess statt, bei dem ÄrztInnen die hauptsächlich umgangssprachlich realisierten Ausführungen von PatientInnen in institutionell gebräuchliche Begrifflichkeiten, also in Symptome transferieren. Hierbei werden jene Beschwerden gefiltert, die nach Meinung der ÄrztInnen jeweils relevant sind. Um diese sowohl für PatientInnen als auch für ÄrztInnen selbst begrifflich zu machen, werden sie in eine medizinische Sprache übersetzt (vgl. Lalouschek, 1995: 27 f.). Eine rein fachsprachliche Übersetzung findet erst zu einem späteren Zeitpunkt statt und ist nicht direkt an PatientInnen

adressiert, sondern wird in schriftlichen Berichten oder bei Gesprächen mit anderen ÄrztInnen gebraucht (vgl. Lalouschek, 1995: 28).

Die Zweckbezogenheit ärztlicher Gespräche spiegelt sich auch in unterschiedlichen Modellen der Beziehungsgestaltung wider, welche schlussendlich alle dem Zweck dienen, Diagnosen und Therapieoptionen möglichst effizient zu kommunizieren.

Um eine Definition „effizienter“ Kommunikation im Kontext medizinischer Kommunikation zu liefern, welche dem momentanen Konsens der sprachwissenschaftlichen Forschung in diesem Bereich entspricht, lohnt sich hier ein Rückgriff auf Schlagworte wie „compliance“ („kooperatives PatientInnenverhalten“, oft auch synonym mit „adherence“) und „concordance“ (Übereinstimmung von PatientInnen und ÄrztInnen). Eine Stärkung der Position von PatientInnen („empowerment“) wird als Voraussetzung für eine Steigerung von Qualität und Effizienz der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation erkannt (vgl. Menz; Plansky, 2010: 3).

Nach Körfer, Köhle und Obliers (1994: 61) üben Beziehungsformen enormen Einfluss auf Kommunikation und deren Verlauf zwischen ÄrztInnen und PatientInnen aus. Sie unterscheiden hierbei grob drei unterschiedliche Modelle der Beziehungsgestaltung, geben jedoch an, dass Grenzen nicht immer trennscharf verlaufen.

Das paternalistische Modell sieht große Autorität für ÄrztInnen vor, PatientInnen werden weitgehend als unmündig erachtet.

In eher dienstleistungsorientierten Modellen der Beziehungsgestaltung treten sich ÄrztInnen und PatientInnen ähnlich wie VerkäuferInnen und KäuferInnen gegenüber (Business- Modell) oder der Arztbesuch hat den Zweck der Prävention und genießt somit ähnlichen Stellenwert wie andere gesundheitsfördernde Maßnahmen wie beispielsweise sportliche Betätigung (Präventionsmodell) (vgl. Körfer; Köhle; Obliers, 1994: 62).

Während hierbei persönliche Beziehungen lediglich auf minimalem Level bestehen, werden diese bei partnerschaftlichen Modellen fokussiert (Bündnismodell). Hierbei gehen ÄrztInnen und PatientInnen wechselseitige persönliche Verpflichtungen ein, durch konsensuelle Kooperation beider AkteurInnen wird die Egalität der TeilnehmerInnen in den Vordergrund gerückt (vgl. Körfer; Köhle; Obliers, 1994: 62).

## **2.6 Charakteristika medizinischer Kommunikation in der Arztpraxis**

Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen bei niedergelassenen ÄrztInnen findet in einem gänzlich konträren interaktiven Rahmen statt, als in anderen medizinischen Kontexten. Während Handlungsmöglichkeiten von PatientInnen beispielsweise bei Visitengesprächen sehr eingeschränkt sind, verfügen PatientInnen in Arztpraxen über einen wesentlich breiteren sprachlichen Aktionsradius (vgl. Löning, 2001: 1578). Der Besuch bei ÄrztInnen wird hier durch eine Zusammenarbeit der TeilnehmerInnen produziert, welche auf einem gewissen Maß an wechselseitigem Einverständnis über Kooperation, Autoritäten und Unterordnungen beruht (vgl. Heritage; Maynard, 2006: 1). Da PatientInnen ÄrztInnen

vorwiegend freiwillig aufsuchen und zudem die ÄrztInnenwahl größtenteils in ihren Händen liegt, befinden sie sich in einer wesentlich mächtigeren Position als stationär behandelte PatientInnen. PatientInnen entscheiden üblicherweise selbst über Dauer und Fortsetzung der ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung. Eine derartige Beziehung zu niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen (sogenannten „HausärztInnen“) kann durchaus über Jahre aufrecht erhalten werden (vgl. Löning, 2001: 1578).

Lang andauernde Beziehungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wirken sich selbstverständlich auch auf Machtstrukturen und die Beziehungsgestaltung aus. ÄrztInnen verfügen über ein großes Repertoire an Wissen über PatientInnen, kennen nicht nur deren Krankheitsgeschichte, sondern haben oftmals auch langfristigen Einblick in private und berufliche Lebensbereiche. Gill (1975: 87) zeigt auf, dass HausärztInnen und PatientInnen und deren Familien über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder und oftmals scheinbar zusammenhangslos aufeinandertreffen. Hierdurch wird es für ÄrztInnen möglich, Personen und deren Lebensumstände genauer kennenzulernen und Informationen gezielt zu verwerten. Diese werden in einen größeren Zusammenhang zu gesetzt, selbst wenn diese Informationen nicht systematisch erfragt werden, sondern sich im Laufe mehrerer Konsultationen eher zufällig ergeben.

Nicht nur PatientInnen selbst verfügen in diesen Fall über mehr Freiheiten, auch ÄrztInnen können in niedergelassenen Ordinationen Entscheidungen unabhängiger und selbstbestimmt treffen. Die Gestaltung des Gesprächsumfelds, etwa räumliche und organisatorische Rahmenbedingungen sowie die Struktur der Zeiteinteilung obliegen gänzlich den einzelnen ÄrztInnen (vgl. Löning, 2001: 1578).

Ein weiterer interessanter Aspekt betrifft die Qualitätskontrolle ärztlicher Leistungen. Während ÄrztInnen in einem Krankenhaus oder auf Ambulanzen von KollegInnen kontrolliert und beurteilt werden, tritt eine Form der Evaluierung lediglich durch die Inanspruchnahme und das Verhalten von PatientInnen in Erscheinung (vgl. Löning, 2001: 1578).

Es zeigt sich, dass der Großteil der Gespräche bei niedergelassenen ÄrztInnen als befund- und diagnoseorientiert klassifiziert werden kann. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen grundsätzlich erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden von PatientInnen sind (vgl. Löning, 2001: 1578). Robinson (2007: 23) differenziert hier drei grundlegende Anlässe für das Aufsuchen einer Praxis: PatientInnen können aufgrund vergleichsweise neuer Beschwerden oder aber im Rahmen einer Nachfolgeuntersuchung eine Konsultation beanspruchen. Zudem gibt es die Kategorie von Besuchen chronisch kranker PatientInnen. All diese Gespräche erfordern spezifische Vorgehensweisen, welche stark vom Kontext ihres Auftretens in einer ärztlichen Ordination bestimmt sind.

## **2.7 Zusammenfassung**

Um nun zusammenfassend sämtliche aufgezeigten Merkmale und Unterschiede von medizinischer Kommunikation zu alltäglicher Kommunikation in anschaulicher Weise

darzustellen, wird auf das in der Linguistik sehr bekannte Modell der Gesprächsmaximen nach Grice (1975, neuerschienen in Hoffmann [Hrsg.], 2010) Bezug genommen. Seine vieldiskutierten Gesprächsmaximen eignen sich für eine überblicksartige Darstellung von Merkmalen medizinischer Kommunikation, da sie sozusagen Leitlinien für gelungene, kooperative Gespräche darstellen. Es soll ermöglicht werden, Schnittstellen und Trennpunkte von alltäglicher und medizinischer Kommunikation offenzulegen.

### *2.7.1 Grice' Gesprächsmaximen und ihre Anwendbarkeit in der medizinischen Kommunikation*

Grice führt in seinem Text „Logik und Konversation“ in Anlehnung an Kant vier Kategorien ein, welche im Einklang mit dem von ihm aufgestellten „Kooperationsprinzip“ stehen. Dieses besagt verkürzt, dass TeilnehmerInnen an einem Gespräch bis zu einem gewissen Grad einen gemeinsamen Zweck verfolgen und aus diesem Grund kooperative Initiativen setzen (Grice, 1975 in Hoffmann 2010: 198). Kooperation geschieht demnach auf den Ebenen der Qualität, der Quantität, der Relation sowie der Modalität. Diese Kategorien enthalten jedoch wiederum jeweils untergeordnete Maximen, welche im Folgenden unter Bezugnahme auf ihre Gültigkeit in medizinischer Kommunikation dargestellt werden.

Die Ebene der Quantität enthält nach Grice folgende Maximen:

- „1. Mache deinen Beitrag so informativ wie (für die gegebenen Gesprächszwecke) nötig.
2. Mache deinen Beitrag nicht informativer als nötig.“ (Grice, 1975 in Hoffmann, 2010: 199)

Anhand dieser Maximen werden gängige Problematiken der medizinischen Kommunikation deutlich. PatientInnen sind oftmals nicht in der Lage abzuschätzen, welche Informationen von Interesse für ÄrztInnen sind, und welche vernachlässigt werden können. ÄrztInnen stehen oftmals vor derselben Problematik wenn es darum geht, PatientInnen Erklärungen und Informationen anzubieten. Diese Diskrepanzen entstehen einerseits durch die unterschiedlichen Erlebenszustände der beteiligten Personen und werden durch Asymmetrien im Bereich des Fachwissens verschärft. Da PatientInnen oftmals das psychische Erleben relevant setzen, ÄrztInnen jedoch auf somatische Beschwerdeexplorationen angewiesen sind, um eine Diagnose stellen zu können, herrscht keine Übereinkunft über die Relevanz von Informationen. ÄrztInnen machen aus diesem Grund vielfach Gebrauch von ihrer institutionell gegebenen Macht und unterbrechen PatientInnen oder führen schlicht neue Themen ein. PatientInnen hingegen haben in ihrer Rolle als KlientInnen der Institution üblicherweise keine Möglichkeit leitend in das Gespräch einzugreifen. Die Asymmetrie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen manifestiert sich hier in dem Sinne, als dass ÄrztInnen zwar „Über- Information“ verhindern können, PatientInnen jedoch über weniger Möglichkeiten verfügen, einem Informationsdefizit entgegenzuwirken.

Grice' zweite Komponente der kooperativen Interaktion, die Qualität, beinhaltet neben der Obermaxime, den Beitrag so zu gestalten, dass er wahr ist, folgende spezielle Maximen:

- „1. Sage nichts, was du für falsch hältst [sic!].
2. Sage nichts, wofür dir angemessene Gründe fehlen.“ (Grice, 1975 in Hoffmann, 2010: 199)

Diese Maximen sind auch für die medizinische Kommunikation gültig. ÄrztInnen müssen davon ausgehen, dass PatientInnen möglichst richtige Aussagen treffen. Im Gegenzug erwarten PatientInnen Ehrlichkeit von Seiten der ÄrztInnen.

Interessant scheint hierbei jedoch der zweite Aspekt zu sein: PatientInnen können aufgrund ihres Mangels an Fachwissen nicht beurteilen, ob ÄrztInnen angemessene Gründe für ihre Aussagen haben und sind somit in der Beurteilung der Qualität des Gesagten relativ eingeschränkt. ÄrztInnen hingegen fühlen sich sehr wohl in der Lage, über die Angemessenheit des Gesagten zu urteilen. Dies geschieht etwa häufig in negativer Form, wenn PatientInnen Selbstdiagnosen stellen, oder sich im Internet über Krankheitsbilder informieren und dementsprechende Vermutungen äußern. ÄrztInnen gehen hier davon aus, dass solche Aussagen mangels angemessener Gründe, in diesem Fall durch das Fehlen des notwendigen Fachwissens, nicht der Maxime der Qualität entsprechen.

Relation als dritte Kategorie hat nach Grice nur eine Maxime. „Sei relevant“ beschreibt demnach kurz, welche Ansprüche GesprächsteilnehmerInnen aneinander stellen (vgl. Grice, 1975, in Hoffmann 2010: 199). Auch hier wird deutlich, dass in der medizinischen Kommunikation oftmals keine Übereinkunft herrscht, welche Details relevant und welche zu vernachlässigen sind. Erneut manifestiert sich die institutionell geprägt stärkere Position der ÄrztInnen, da es zum größten Teil in ihrem Aufgabenbereich liegt, zu beurteilen, welche Informationen als wichtig eingestuft werden. PatientInnen machen aus diesem Grund vielfach von unterschiedlichen Strategien Gebrauch, um Aspekte in den Mittelpunkt zu rücken, die in ihrer Wahrnehmung relevant sind. Häufig zeigt sich das in Form von wiederholter Aufnahme bestimmter Themen. Auch das Phänomen, dass PatientInnen nach der Verabschiedung erneut Themen aufgreifen oder Fragen stellen („Türgriffgespräche“, „by the way syndrom“), kann als solche Strategie erkannt werden.

Die letzte Kategorie, jene der Modalität bezieht sich auf die Form des Gesagten. Unter der Obermaxime „Sei klar“ werden folgende Untermaximen subsumiert:

1. *Vermeide Dunkelheit des Ausdrucks.*
2. *Vermeide Mehrdeutigkeit.*
3. *Sei kurz (vermeide unnötige Weitschweifigkeit).*
4. *Der Reihe nach!*

(Grice, 1975 in Hoffmann, 2010: 200)

Auch bei der Betrachtung dieser Maximen im Hinblick auf ihre jeweilige Berücksichtigung im medizinischen Kontext wird ersichtlich, dass sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen über verschiedene Strategien verfügen, um diese Ansprüche an eine kooperative Interaktion durchzusetzen. Ein erwähnenswerter Prozess wäre in diesem Fall etwa jener der Fragmentierung. ÄrztInnen „übersetzen“ Beschreibungen und Aussagen der PatientInnen in die medizinische Fachsprache und vermeiden so Missverständlichkeiten durch Mehrdeutigkeit von Begriffen. Für sie relevante Aussagen werden selektiert, durch Zwischenfragen wird Ordnung in die Erzählung von PatientInnen gebracht. Damit ÄrztInnen sich kooperativ zeigen und eine Mehrdeutigkeit oder Diffusität von Begriffen verhindern, müssen sie ihre Diagnosen beispielsweise von der medizinischen Fachsprache in die

Alltagssprache transferieren. Der Handlungsspielraum von PatientInnen zur Sanktion bei einer Vernachlässigung von Gesprächsmaximen ist stark eingeschränkt.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Grice' Maximen problematische Punkte in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation offenlegen. Gerade die unterschiedliche Wahrnehmung und Auslegung von PatientInnen und ÄrztInnen, was die Bedeutung einzelner Maximen betrifft, macht in Verbindung mit institutionellen Rahmenbedingungen und asymmetrischen Verhältnissen deutlich, an welchen Stellen der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation Schwierigkeiten zu verorten sind, Missverständnisse entstehen können und wo konkret angesetzt werden muss, wenn die Effizienz der Kommunikation gesteigert werden soll.

### 3 Die Methode der linguistischen Gesprächsanalyse

Bevor konkrete Methoden der linguistischen Gesprächsanalyse vorgestellt werden, sollen vorerst generelle Merkmale von Gesprächen aufgeführt werden, um eine Rahmung des Bereichs vorzunehmen und bereits auf Besonderheiten der medizinischen Kommunikation aufmerksam zu machen.

#### 3.1 Was ist ein Gespräch?

Die alltagssprachliche Definition eines Gesprächs beruht darauf, dass mindestens zwei InteraktantInnen durch SprecherInnenwechsel aktiv beteiligt sind und in mündlicher Form auf ein bestimmtes Thema ausgerichtet kommunizieren (vgl. Brinker; Sager, 2006: 9).

Nach Spranz- Fogasy und Nowak (Spranz- Fogasy, 2005: 18; Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 85) lassen sich im Allgemeinen fünf Grundeigenschaften von Gesprächen differenzieren. In der linguistischen Gesprächsanalyse wird diese Unterteilung als sehr wichtig eingestuft, um Prinzipien und Vorgehensweisen systematisch darzustellen (vgl. Deppermann, 2008: 8). Es können folgende Merkmale unterschieden werden:

- *Konstitutivität*  
Gespräche werden von TeilnehmerInnen eigenständig hergestellt
- *Prozessualität*  
Gespräche gelten als prozessuale Akte, und entstehen erst durch eine Abfolge von Äußerungen
- *Interaktivität*  
Der wechselseitige Austausch beteiligter Individuen lässt ein Gespräch durch aufeinander bezogene Äußerungen entstehen
- *Methodizität*  
Kulturspezifische Kommunikationsmuster werden in methodischer Weise von GesprächsteilnehmerInnen angewandt

- *Pragmatizität*

Erfolg oder Misserfolg von Gesprächen hängt mit der Erreichung der Zwecke und Ziele zusammen, die teilnehmende Personen in den Gesprächen verfolgen  
(vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 18; Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 85)

Während die eher allgemeinen Kategorien der Konstitutivität, der Prozessualität sowie der Interaktivität keine speziellen Ausformungen in der medizinischen Kommunikation zeigen, scheinen die Bereiche der Pragmatizität und der Methodizität besondere Ebenen darzustellen.

Die Methodizität in ärztlichen Gesprächen ist mittlerweile linguistisch vergleichsweise ausführlich untersucht. Der „Prozess der Fragmentierung“ (vgl. Mishler, 1984) fällt ebenso in diesen Teilbereich, wie das Frage- Antwort- Schema, von welchem ÄrztInnen Gebrauch machen, wenn sie genauere Informationen zu Beschwerden von PatientInnen erhalten möchten. Es wäre hierbei jedoch hinzuzufügen, dass es mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur kulturspezifische Kommunikationsmuster sind, die ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräche prägen, sondern auch hier der Faktor der Institutionalität und damit einhergehende administrative Vorgaben gesundheitspolitisch relevanter Instanzen eine wichtige Rolle für die Methodizität der Gesprächskonstitution spielen. Der institutionell verordnete Aufwand der Dokumentation ärztlicher Gespräche, welcher eine Anwendung elektronischer Methoden der Datenerfassung noch während dem Gespräch erforderlich macht, wirkt beispielsweise ebenso auf strukturelle Merkmale der Kommunikation ein, wie etwaige eingeschränkte Sprechfähigkeiten der PatientInnen oder defizitäre Sprachkenntnisse (vgl. etwa Roberts, 2006).

Der Aspekt der Pragmatizität ist zweifellos ein Bereich der medizinischen Kommunikation bei dem unterschiedliche Orientierungen von ÄrztInnen und PatientInnen am augenscheinlichsten offengelegt werden. Repräsentativ wird der Bereich der divergierenden Gesprächsziele von ÄrztInnen und PatientInnen genannt. Während sich ÄrztInnen hierbei von medizinisch- institutionell orientierten Handlungszielen leiten lassen, stehen für PatientInnen oftmals völlig andere Anforderungen an die Interaktion im Vordergrund. Hierdurch entstehen Differenzen in der Herangehensweise und Strukturierung des Gesprächs. Diese führen zum Teil zu interaktiven Problematiken, deren Vermeidung durch wechselseitige metakommunikative Orientierungen und Abstimmungen zu erreichen ist (vgl. Menz; Sator, 2011: 428).

Wie bereits erwähnt, werden Gespräche konstitutiv produziert. Dieser Prozess der Interaktionskonstitution kann auf unterschiedlichen Ebenen beschrieben werden. Insgesamt können sechs Bereiche differenziert werden (vgl. Kallmeyer, 1985 in Deppermann, 2008: 9 f.):

Die erste Ebene stellt jene der Gesprächsorganisation dar und betrifft die formale Ablaufgestaltung von Gesprächen. Auf Ebene der Sachverhaltsdarstellung sind Inhalte, Themen sowie deren Organisation angesiedelt, während Zwecke und Ziele von Gesprächen von TeilnehmerInnen auf Ebene der Handlungskonstitution bearbeitet werden. Eine weitere

Ebene stellt jene sozialer Identitäten und Beziehungen dar. Sie betrifft die Definition sozialer und interaktiver Rollen und Beziehungen. Der Ebene der Interaktionsmodalitäten werden jene Markierungen zugeordnet, die bestimmend für die Art und Weise der gegenwärtigen Kommunikation sind. Kooperation und Verständigung finden hingegen auf Ebene der Reziprozitätsherstellung statt (vgl. Kallmeyer, 1985 in Deppermann, 2008: 9 f.).

## 3.2 Die Methode der linguistischen Gesprächsanalyse

### 3.2.1 Forschungsgeschichtlicher Überblick

Die linguistische Gesprächsanalyse ist Teil der interpretativen beziehungsweise qualitativen Sozialforschung (vgl. Deppermann, 2008: 10). Nach Brinker und Sager (2006: 14 f.) gibt es mehrere Forschungsrichtungen, die maßgeblich zur Herausbildung der linguistischen Gesprächsanalyse beitrugen (vgl. auch Gülich; Mondada, 2008: 21 ff.).

Einerseits ist dies die verstärkte Erforschung der gesprochenen deutschen Sprache in den 60er Jahren, welche sich unter anderem an der zu dieser Zeit in den USA entstehenden „conversational analysis“ (CA) der ethnomethodologischen Soziologie orientierte. Zudem leistete auch die Sprechakttheorie einen Beitrag zur Entwicklung dieser Forschungsmethode. Besonders im Hinblick auf die Beschreibung des Handlungscharakters und der Handlungsstruktur von Gesprächen auf unterschiedlichen Segmentierungsstufen (Schritte, Sequenzen, Phasen) waren diesbezügliche Einflüsse wesentlich (vgl. Brinker; Sager, 2006: 18).

Eng verbunden beziehungsweise durch viele Überschneidungen geprägt und zum Teil synonym verwendet, hat sich in der Linguistik des deutschsprachigen Raums der Begriff der „Konversationsanalyse“ anstelle von „conversational analysis“ etabliert. Ausgehend von der bereits erwähnten „conversational analysis“, welche sich rund um Harvey Sacks bildete und auf Garfinkels Ethnomethodologie aufbaut, werden in der linguistischen Gesprächsanalyse Forschungen zu Problemen der Gesprächsorganisation und der Bedeutungskonstitution vorgenommen (Kallmeyer, 1988: 1095). Ziel der Beschäftigung mit dieser Thematik ist die Offenlegung von Regeln und Verfahren alltäglich ablaufender Interaktionsprozesse (vgl. Brinker; Sager, 2006: 16). Kernstück ist hierbei die sequenzielle Organisation des Gesprächs (vgl. Kallmeyer, 1988: 1097).

Vielfach wird Konversationsanalyse auch als Gesprächsforschung bezeichnet, anhand der Definition von Becker- Mrotzek und Brünner (2004: 8) wird deutlich, dass es sich hierbei schlicht um ein Synonym handelt, und keine definitorischen Unterschiede mit der Wahl der Begriffe einhergehen.

*„Die Gesprächsforschung [...] ist eine empirische Wissenschaft, die Gespräche hinsichtlich ihrer verschiedenen Formen und Funktionen untersucht. Sie analysiert die Handlungsweisen und die sprachlichen Mittel, mit denen die Gesprächsteilnehmer[Innen] bestimmte Aufgaben im Gespräch lösen, und sie beschreibt und erklärt schließlich auch die Probleme, die in Gesprächen auftreten.“*  
(Becker- Mrotzek; Brünner, 2004: 8)

Die prozedurale Perspektive der linguistischen Gesprächsanalyse baut auf den Ergebnissen vorwiegend soziologisch orientierter Untersuchungen auf (vgl. Brinker; Sager, 2006: 17). Schegloff (et al.) beschreiben den Zusammenhang von angewandter Linguistik und konversationsanalytischen Methoden wie folgt:

*„A substantial proportion of the research and professional preoccupations of applied linguists and applied linguistics falls into the domain for which CA resources are well-suited. [...] Applied linguistics can therefore potentially benefit from bringing the resources and tools of conversation analysis to bear on those domains which engage their interest and professional concerns- whether in conversation or in institutionally specific talk.“* (Schegloff (et al.), 2002: 4)

In diesem Zusammenhang sollte jedoch die Tatsache Erwähnung finden, dass der Terminus „applied linguistics“ im englischsprachigen Raum- im Gegensatz zur relativ weiten Begriffsbestimmung der deutschsprachigen „angewandten Linguistik“- oftmals lediglich Aspekte des Sprachlehrens und -lernens umfasst. Gerade im Bereich der konversationsanalytischen Untersuchung medizinischer Kommunikation wird vielfach ein spezieller Fokus auf eine Übertragung empirischer Ergebnisse auf konkrete, praxisorientierte Zusammenhänge gelegt, ein Nutzen für gesellschaftliche und alltagsrelevante Bereiche ist oftmals deklariertes Ziel der Untersuchungen (vgl. Menz; Sator, 2011: 418, 421). Anleitungen für Gesprächsführung und Vermittlung von Gesprächskompetenz für medizinisches Personal (beispielsweise Menz; Lalouschek; Gstettner, 2008; Silverman; Kurtz; Draper, 2005; Lalouschek, 2004) können in weiterem Sinne also durchaus als eine Form der „applied linguistics“ angesehen werden, wenn es darum geht, medizinische Kommunikation durch spezielle Trainings und Anleitungen zu optimieren.

Die Anwendung konversationsanalytischer Methoden für die Untersuchung medizinischer Kommunikation scheint also auch im Sinne einer engeren Definition von „applied linguistics“ gerechtfertigt zu sein.

### 3.2.2 *Das methodische Vorgehen*

Das methodische Vorgehen in der linguistischen Gesprächsanalyse orientiert sich an den Forderungen der Konversationsanalyse für empirische Forschung. Einerseits sollen Daten aus „natürlichen“ Interaktionen für Untersuchungen verwendet werden, andererseits müssen diese Daten so präzise transkribiert werden, wie es von der jeweiligen Forschungsfrage verlangt wird<sup>2</sup>. Diese beiden Schritte werden sowohl in der Konversationsanalyse als auch in der linguistischen Gesprächsanalyse bereits als Elemente des Forschungsprozesses betrachtet (vgl. Gülich; Mondada, 2008: 27). Diese Art der Theoriebildung ist den qualitativen Verfahren zuzuordnen, wichtig ist hierbei, Strukturen im Forschungsmaterial in einem offenen Prozess zu entdecken, anstatt mit vorgefertigten Hypothesen an das Material heranzugehen und dieses sozusagen lediglich zur Verifizierung oder Falsifizierung zu benutzen (vgl. Kallmeyer, 1988: 1101).

Sobald das Gespräch aufgezeichnet und transkribiert wurde, kann mit einer Analyse auf unterschiedlichen Ebenen begonnen werden.

---

<sup>2</sup> Informationen zur Transkription der für die Analyse relevanten Daten finden sich im Kapitel 5 „Datenmaterial“ sowie im Anhang.

Relevante Analysekategorien können nach Henne und Rehbock (1995: 20) folgendermaßen systematisiert werden:

- *Kategorien der Makroebene (Gesprächsphasen)*  
Hierbei wird der Fokus auf Gesprächseröffnung, Gesprächsbeendigung, Gesprächsmitte (Bearbeitung und Entfaltung von Haupt- und Subthemen), und Gesprächsränder (Vorkommen von Nebenthemen) gelegt.
- *Kategorien der mittleren Ebene (Mesoebene)*  
Analysiert werden einzelne Gesprächsschritte (Turns), SprecherInnen- Wechsel (turn-taking), Gesprächssequenzen, Sprechakte und Hörverstehensakte, Gliederungssignale und back-channel-behaviour.
- *Kategorien der Mikroebene*  
Das Interesse auf Mikroebene liegt auf sprechaktinternen Elementen, wie der syntaktischen, lexikalischen, phonologischen und prosodischen Struktur.

Nach Deppermann (2008: 31 ff.) ist es hilfreich, zu Beginn der Analyse ein Gesprächsinventar zu erstellen, das einen grundsätzlichen Überblick über Gesprächsthemen und Phasen gibt.

Untersuchungen auf der Makroebene erfordern schließlich eine Einteilung des Gesprächs in unterschiedliche Phasen. Der Begriff der Gesprächsphasen wird nun kurz erklärt.

*„Gesprächsphasen sind, relativ zu Gesprächsbereich und Gesprächstyp, spezifische Verlaufsformen eines Gesprächs. Gesprächsphasen werden durch jeweils eine oder mehrere Gesprächshandlungen konstituiert [...]“* (Henne; Rehbock, 1995: 186).

Basis jeder Gesprächsphase bilden kooperative sprachliche Handlungen der InteraktantInnen (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 173). Diese werden nach Rehbock und Henne (1995: 173) unter dem Terminus „Gesprächshandlungen“ zusammengefasst.

Grundsätzlich können Gespräche in drei unterschiedliche Phasen, die Eröffnungsphase, die Kernphase sowie die Beendigungsphase gegliedert werden (vgl. Brinker; Sager, 2006: 99). Bisherige gesprächsanalytische Untersuchungen legten ihren Fokus hauptsächlich auf strukturelle Eigenheiten von Eröffnungs- und Beendigungsphase, da diese Phasen oftmals stark ritualisierte Elemente beinhalten und vergleichsweise einfach aufgebaut sind. Eröffnungs- und Beendigungsphasen bestehen zumeist aus eher simplen Folgen von Sequenztypen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 108), Kernphasen hingegen sind großteils komplexer strukturiert und offener für individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der GesprächsteilnehmerInnen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 100).

Im Folgenden wird ein knapper Überblick über allgemeine gesprächsanalytische Phaseneinteilungen gegeben, eine genaue Beschreibung mit Fokus auf Besonderheiten der Phasen in medizinischer Kommunikation erfolgt in Kapitel 3.3 „Das ärztliche Gespräch“.

### *Eröffnungsphase*

Zweck der Eröffnungsphase ist es, Erwartungen an und Vorstellungen von der Gesprächssituation zu koordinieren und eine wechselseitige Bereitschaft zum Gespräch aufzubauen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 99). Nach Berens (1976: 17 f.) wird in der Phase der

Eröffnung eine Übereinkunft der InteraktantInnen hergestellt, welche auf einer wechselseitigen Akzeptanz der Situationsdefinition bezüglich der sozialen Beziehung zwischen den InteraktantInnen beruht.

Ist dieser Prozess der Verständigung abgeschlossen, kann der Beginn der Kernphase verortet werden (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 21).

### *Kernphase*

Die Kernphase eines Gesprächs dient dazu, Kommunikationsgegenstände sprachlich zu behandeln, sowie die jeweiligen Gesprächsziele zu verfolgen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 99). Diese Phase des Gesprächs hat somit den Zweck, thematische Gesichtspunkte zu verhandeln (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 21). Kernphasen zeigen zudem spezifische typbedingte Ablaufstrukturen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 108). Die Komplexität der Kernphase macht es notwendig, größere Struktureinheiten abzugrenzen. Nach Brinker und Sager (2006: 108) werden diese Einheiten einerseits auf Ebene der thematischen Gliederung und andererseits auf der Handlungsebene dargestellt und beschrieben.

### *Beendigungsphase*

Die in der Eröffnungsphase hergestellte Gesprächsbereitschaft wird im Rahmen der Beendigungsphase schließlich gemeinsam aufgelöst (vgl. Brinker; Sager, 2006: 99).

Ist die Behandlung der Gesprächsthemen in der Kernphase abgeschlossen und stimmen InteraktantInnen darüber überein, wird die Beendigungsphase eingeleitet. Bevor ein Übergang zur Beendigungsphase stattfinden kann, müssen nun alle GesprächsteilnehmerInnen der Themenbeendigung zustimmen und diese bestätigen, sodass die Kernphase abgeschlossen werden kann (vgl. Brinker; Sager, 2006: 104).

### *Teilphase*

Der Begriff Teilphase beschreibt aufeinander bezogene Gesprächshandlungen und macht es möglich, komplexe Strukturen der Kernphase zu veranschaulichen (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 186 f.)

Themen- und Subthemenwechsel sowie situative Bedingungen gelten als Indikatoren zur Abgrenzung von Teilphasen (vgl. Schank, 1976: 46 ff.).

Entscheiden sich ForscherInnen für eine Analyse auf der mittleren Ebene, ist es ratsam, die „Grundeinheiten des Gesprächs“ (vgl. Brinker; Sager, 2006: 60), also die unterschiedlichen Gesprächsschritte (Turns) herauszuarbeiten.

Nach Goffman sind Turns als „alles das, was ein Individuum tut und sagt, während es an der Reihe ist“ (vgl. Goffman, 1974: 201 in Brinker; Sager, 2006: 62) zu definieren. Es muss jedoch klar gemacht werden, dass Gesprächsschritte nicht zwangsläufig zusammenfallen.

Sprechakte sind vielmehr als „kleinste kommunikative Handlungseinheiten“ (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 25) definiert, welche die „Modalität der Gesprächskommunikation“ bestimmen. Sie können also entweder Teile von Gesprächsschritten, oder mit ihnen ident sein (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 25).

Miteinbezogen werden müssen bei einer Definition von Gesprächsschritten auch HörerInnen-Signale. Diese zielen nicht auf eine Turnübernahme ab, sondern dienen der Demonstration von Aufmerksamkeit, Zustimmung oder Ablehnung (vgl. Brinker; Sager, 2006: 62). Sie treten sowohl verbal, in Form von Partikeln und Kurzäußerungen, als auch non-verbal als mimisch- gestische Signale auf. Sofern derartige Äußerungen primär als Antwortsignale fungieren, werden sie in der Gesprächsforschung unter dem Begriff des *back-channel-behaviors* (Rückmeldeverhalten) zusammengefasst.

Schließlich sollen auch HörerInnen-äußerungen Erwähnung finden, welche kurze Kommentare oder Einstellungsbekundungen enthalten, jedoch ebenfalls nicht einer Turnübernahme dienen. Gesprächsschrittbeanspruchende Signale (*claiming-of-the-turn-signals*) stellen im Gegensatz dazu erfolglose Versuche der HörerInnen dar, den Turn zu übernehmen (vgl. Brinker; Sager, 2006: 62 f.)<sup>3</sup>.

Nachdem Turnübernahmen faktisch zu den grundlegenden Verpflichtungen der GesprächsteilnehmerInnen gehören (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 23), ist es notwendig, auch diese kurz zu thematisieren.

Grob können zwei Formen des SprecherInnenwechsels unterschieden werden: Selbstzuweisung und Fremdzweisung. Henne und Rehbock differenzieren noch eine dritte Form, welche vorwiegend in institutionalisierten Gesprächen auftritt. Hier bestimmt einE GesprächsleiterIn den oder die jeweils nächsteN SprecherIn (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 24). Wechsel der SprecherInnen können „glatt“ verlaufen, also ohne eine kurze Sequenz des simultanen Sprechens, oder mit einer kurzen Pause einhergehen. Eine dritte Variante ist jene der Unterbrechung, bei der die Simultansequenz länger andauert (vgl. Brinker; Sager, 2006: 65 f.). Der SprecherInnenwechsel wird oftmals von Gliederungspartikeln eingeleitet, welche zudem die Funktion erfüllen, Gesprächsschritte im Sinne der SprecherInnen zu gliedern und den Inhalt zu verstärken (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 26).

Turns mehrerer PartnerInnen können zu funktionellen Einheiten zusammengefasst werden. Diese Gesprächssequenzen entsprechen dem Prinzip der „bedingten Erwartbarkeit“. Gewisse Turns machen eine bestimmte Reaktion des Gegenübers erwartbar, die Folge dieser Turns kann somit funktional verbunden werden. Beispielhaft wären Frage- Antwort-Sequenzen in ihren unterschiedlichsten Ausformungen zu nennen (vgl. Henne; Rehbock, 1995: 26). Wichtig bleibt jedoch zu erwähnen, dass es sich bei Gesprächssequenzen weder um grammatische noch um thematische Gesprächsschrittverknüpfungen handelt, sondern diese vielmehr rein kommunikativ- funktional definiert sind (vgl. Brinker; Sager, 2006: 83).

Nachdem nun ein Überblick über die forschungsgeschichtliche Entwicklung der linguistischen Gesprächsanalyse sowie über grundlegende Kategorien der Analyse gegeben wurde, werden im folgenden Abschnitt gewonnene Erkenntnisse konkret auf den Forschungsbereich der medizinischen Kommunikation angewendet.

---

<sup>3</sup> Für genauere Informationen zu Formen der Unterbrechung in ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation siehe Kapitel 4.4 „*Kleines Glossar gesprächsanalytischer Begrifflichkeiten*“.

### 3.3 Das ärztliche Gespräch

Als Basis jeglicher Auseinandersetzung mit ärztlichen Gesprächen muss vorweg klar gemacht werden, dass PatientInnen und ÄrztInnen Begegnungen gemeinsam als Produkt einer Echtzeit- Interaktion konstruieren (vgl. Heritage; Maynard, 2006: 1).

Die genannten Merkmale äußern sich auch in den Handlungsschemata ärztlicher Gespräche, welche aus den Komponenten der Gesprächseröffnung, der Beschwerdeexploration, der Diagnosestellung, der Therapieplanung sowie der Gesprächsbeendigung und Verabschiedung bestehen (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 21).

Auch nach Menz (2011: 331) wird in diskurs- und soziolinguistischen Untersuchungen konsensuell vorwiegend diese Kategorisierung angewandt, wenngleich es natürlich möglich ist, innerhalb einzelner Phasen wiederum mehrere Unterkategorien zu finden. Diese speziellen Unterkategorien werden, sofern für die praktische Analyse relevant, zu einem späteren Zeitpunkt behandelt, in diesem Abschnitt soll hingegen ein grundlegender Überblick über eine grobe Ablaufstruktur ermöglicht werden.

Eine weitere ähnliche Kategorisierung des Gesprächsverlaufs nach Heritage und Maynard (2006: 14) enthält zudem noch den Aspekt der Untersuchung, welcher sowohl durch verbale als auch physische Methoden realisiert werden kann und üblicherweise auf die Phase der Beschwerdeexploration folgt.

Die Phase der Eröffnung dient zur Herstellung der Interaktionsbeziehung und stellt zugleich den Beginn der Beschwerdeexploration dar. Verbale und nonverbale Mittel werden zur wechselseitigen Identifizierung angewandt und bestätigen gegenseitige Gesprächsbereitschaft (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 21). Es kommt zu einem Übergang in die Phase der Beschwerdeschilderung oder Beschwerdeexploration, welcher oftmals kurze „smalltalkartige“ Gespräche vorausgehen. Großteils implizit findet während diesem Übergang auch eine Zuweisung der Beteiligungsrollen von ÄrztInnen und PatientInnen statt. Dem Prinzip der Zuständigkeit entsprechend kommt in dieser Phase ÄrztInnen alle Verantwortung zu (Quasthoff, 1990: 74). Institutionsbedingt wird von ihnen erwartet, sowohl die Eröffnung als auch den Beginn der Phase des inhaltlichen Gesprächs zu leiten (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 21).

In der darauffolgenden Phase der Beschwerdeschilderung und Beschwerdeexploration wird versucht, das jeweils vorhandene Wissen von PatientInnen und ÄrztInnen abzugleichen. In dieser Phase wechseln sich Schilderungen und explorative Tätigkeiten ab, ÄrztInnen und PatientInnen führen also komplementäre Aktivitäten durch. Abhängig von der Art des Eingreifens der ÄrztInnen und den Möglichkeiten der Darstellung von PatientInnen kann diese Phase höchst unterschiedlich gestaltet sein (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 21 f.).

Die Diagnosephase dient dazu, ein von beiden Seiten geschaffenes Beschwerdebild zu finden und zu formulieren, während in der Therapieplanung und -entwicklung ausgehandelt werden muss, welche Möglichkeiten in Betracht gezogen werden. Zentral ist hierbei die Entwicklung und Erklärung eines Therapieplans durch ÄrztInnen. Eine kommunikative

Einbindung der PatientInnen soll jedoch zur Übernahme der Therapievorschläge führen (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 22).

Beendigungsinitiativen (Resümees, Terminabsprachen, Ausblick auf zukünftiges Handeln) werden hauptsächlich von ArztInnen eingeleitet, müssen allerdings von PatientInnen in einer Form abgesichert werden. Bevor die tatsächliche Verabschiedung durch eine Grußformel eingeleitet wird, werden zum Teil Bewertungen des Therapieplans und ähnlichen Sachverhalten vorgenommen, PatientInnen ergreifen jedoch auch die Initiative und führen neue oder andere Themen ein (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 22).

Die eben besprochenen Phasen müssen nicht immer strikt aufeinanderfolgen. Zudem kommt es oft zu Verschiebungen und Überlappungen einzelner Komponenten, da ArztInnen und PatientInnen unterschiedliche pragmatische Ansprüche an das jeweilige Gespräch stellen. Handlungslogisch ergeben sich aus diesem Grund häufig andere Abläufe, einzelne Phasen werden situationsabhängig zu einem anderen Zeitpunkt nachgeholt, ebenso ist die Behandlung eines Themas nicht in allen Fällen innerhalb einer Phase abgeschlossen, sondern wird wiederkehrend zur Sprache gebracht (vgl. Nowak; Spranz- Fogasy, 2008: 86).

Der jeweilige Ablauf von Gesprächen ist stark situationsabhängig. Es macht nicht nur einen großen Unterschied, ob die ArztInnen- PatientInnen- Kommunikation im Rahmen ambulanter oder stationärer Behandlung stattfindet, sondern ebenso auch, um welche Art von Gespräch es sich dabei handelt. Erstgespräche verlangen beispielsweise ein völlig anderes Vorgehen als die Nachbehandlung einer Verletzung, Gespräche mit chronisch kranken PatientInnen bedingen wiederum gänzlich differente Gesprächssituationen, da hier Anliegen und Anforderungen schlichtweg anders geartet ausfallen. Zudem spielen auch Komponenten wie Statusunterschiede zwischen PatientInnen und ArztInnen sowie migrations- und genderbedingte Faktoren eine Rolle, wenn es um die Konstitution einer Gesprächssituation von ArztInnen mit PatientInnen geht (vgl. Menz, 2011: 333 ff.; Menz; Sator, 2011: 420 f.). Sator und Spranz- Fogasy (2011: 378) schreiben in diesem Zusammenhang sozialen, emotionalen, interaktionsorganisatorischen und kognitiven Komponenten situationsdefinierende Wirkungsmacht zu.

Mit diesen Informationen wird der Theorieabschnitt dieser Arbeit abgeschlossen, die folgenden Kapitel widmen sich nun der Empirie.

## EMPIRISCHER TEIL

Nachdem die Auseinandersetzung mit Grundlagen zum österreichischen Gesundheitssystem sowie zu medizinischer Kommunikation erfolgt, und ebenso die theoretische Vorstellung der Analysemethode abgeschlossen ist, widmet sich der empirische Abschnitt dieser Arbeit nun der eigentlichen Analyse.

Bevor hiermit begonnen werden kann, wird eine Vorstellung des Forschungsdesigns, sowie eine Präsentation des Datenmaterials vorgenommen.

### 4 Forschungsdesign

Nachdem die Forschungsgeschichte gesprächsanalytischer Methoden bereits in Kapitel 3 thematisiert wurde, beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit der konkreten Umsetzung gesprächsanalytischer Konzepte in der vorliegenden Arbeit. Vorerst werden Präliminarien offengelegt, und sodann die Forschungsfrage und dazugehörige Hypothesen vorgestellt.

Ein, an die Forschungsarbeit angepasstes Glossar relevanter Begriffe soll schließlich- im Sinne der Beachtung der wissenschaftlichen Maxime der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse- dazu dienen, Überblick zu schaffen, und Ergebnisse der interpretativen Analysen rekonstruierbar machen.

#### 4.1 Ausgangspunkte

Als der weiteren Beschäftigung zugrundeliegende Annahme gilt, dass es sich bei Gesprächen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen grundsätzlich um Kommunikation in einem institutionellen Umfeld handelt. Dieses Merkmal der medizinischen Kommunikation verlangt, dass der alle diesen Gesprächen innewohnende institutionelle Charakter und die in diesem Rahmen beobachtbaren institutionenspezifischen Interaktionsmuster in Untersuchungen konsequent berücksichtigt werden (vgl. Gülich, 1981: 422).

Qualitativ hochwertige ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion kann nicht nur anhand medizinisch nachvollziehbarer Resultate festgemacht werden, vielfach zeigen sich Indizien für Ge- oder Misslingen auch anhand der Kommunikation zwischen den GesprächsteilnehmerInnen. Optimal verlaufende ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation trägt also vorwiegend zu einem „empowerment“ von PatientInnen bei, welches gemeinsame Entscheidungsfindung fördert (vgl. Menz; Lalouschek; Gstettner, 2008: 17). Methoden und Möglichkeiten, wie dies vollzogen werden kann, sind vielfältig und werden im Rahmen der Analyse herausgearbeitet. Eine konsensuelle Definition von PatientInnenempowerment sieht in der verstärkten PatientInnenbeteiligung an Entscheidungsprozessen („shared decision-making“) eine Grundlage für höhere Effizienz, PatientInnenzufriedenheit und schlussendlich auch die Basis für eine optimale medizinische Gesundheitsbetreuung (vgl. Scheibler; Pfaff, 2003; Elwyn (et al.), 2001; Nutbeam, 2000; Kickbusch; Nutbeam, 2000 in Nowak, 2010: 15

f.). In der vorliegenden Analyse orientiert sich die Bestimmung „gelungener“ Kommunikation vorwiegend anhand dieser Ausgangspunkte.

## 4.2 Fragestellung

Wie bereits aus dem Titel der Diplomarbeit hervorgeht, soll mit Hilfe der vorliegenden Forschungsfrage ermöglicht werden, Einblicke und Erkenntnisse in Bezug auf Unterschiede in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen bei Ordinationskonsultationen zu gewinnen.

Die hier vorgestellten Hypothesen bauen auf der Grundannahme einer Effizienzsteigerung durch Empowerment von PatientInnen auf, welche im gegenwärtigen Forschungskonsens begründet ist. Menz und Plansky (2010), Silverman, Kurtz und Draper (2005) und Lalouschek (2004) etwa weisen auf die Notwendigkeit und positiven Auswirkungen einer Stärkung der PatientInnenbeteiligung hin.

Folgende Hypothesen sollten im Rahmen der Analyse erforscht und hinsichtlich ihres Wahrheitsgehalts beurteilt werden:

1. *PatientInnen von WahlärztInnen werden ausführlicher über gegenwärtige Vorgänge und zukünftige Prozesse und Abläufe informiert. Hierdurch ergibt sich eine stärkere Einbindung der PatientInnen in den Vorgang der Entscheidungsfindung.*

Da ÄrztInnen grundsätzlich wenige Initiativen zur Erklärungen von Diagnose und Therapie anbieten (vgl. Lalouschek, 1995: 17), scheint hier die Annahme naheliegend, dass sich quantitativ nachgewiesene Unterschiede in der Behandlungsdauer zugunsten der WahlärztInnen dahingehend auf ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion auswirken, als dass hier die zusätzlich verfügbare Redezeit für Informationsweitergabe genutzt wird. Dies würde im weiteren Verlauf zu einer Stärkung der PatientInnenrollen und zu einer Fokussierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung führen.

2. *Quantitativ nachgewiesene Unterschiede in der Dauer von Konsultationen zu Gunsten der WahlärztInnen sind auf Initiativen von ÄrztInnen zurückzuführen, umfangreiche, patientInnenrelevante Informationen anzubieten und zu vermitteln. Dementsprechend gestalten sich auch körperliche Untersuchungen länger und sind von ausführlicheren Redebeiträgen begleitet.*

Als eine Erweiterung zur ersten Hypothese wird in der zweiten der Fokus speziell auf das sprachliche Verhalten von ÄrztInnen gelegt. Hier wird davon ausgegangen, dass in wahlärztlichen Ordinationen nicht nur vergleichsweise ausführlichere Informationsweitergabe stattfindet, sondern dies explizit auf Initiativen von behandelnden ÄrztInnen zurückzuführen ist. Es wird angenommen, dass Informationsaustausch konsequent stattfindet, und dies in weiterer Folge Auswirkungen auf den Ablauf körperlicher Untersuchungen hat. Konkret wird

davon ausgegangen, dass diese zeitlich aufwändiger gestaltet, und durch vergleichsweise mehr Redebeiträge gekennzeichnet sind.

3. *Initiativen von WahlärztInnen, erfolgreiche ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehungen zu gestalten, schaffen partnerschaftliche Verhältnisse und tragen somit zur aktiven Teilnahme von PatientInnen am Untersuchungsgeschehen bei.*

Die dritte Hypothese ergibt sich aus grundsätzlichen Differenzen in der Organisationsstruktur. Da WahlärztInnen nicht im Rahmen von Sozialversicherungsverträgen bezahlt, und daher ihre Leistungen direkt von PatientInnen vergütet werden, scheint naheliegend, dass hier aktiv versucht wird, langfristig beidseitig zufriedenstellende und tragfähige Beziehungen aufzubauen. Zudem ist anzunehmen, dass WahlärztInnen eine größere Verpflichtung gegenüber ihren PatientInnen sehen, als „DienstleisterInnen“ zu agieren. Dies führt in weiterer Folge zu einem aktiven Miteinbezug der PatientInnen (vgl. Körfer; Köhle; Obliers, 1994: 62). PatientInnen entscheiden zumeist eigenständig über eine langfristige Aufrechterhaltung der ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung. WahlärztInnen sind direkt vom Honorar ihrer PatientInnen abhängig, diese befinden sich daher in einer grundlegend mächtigeren Position als PatientInnen von ÄrztInnen, deren Honorar kassenvertraglich geregelt ist.

In welcher Art und Weise diese Hypothesen hinsichtlich ihres Wahrheitsgehalts überprüft werden, beschreibt das folgende Kapitel.

### 4.3 Das methodische Vorgehen

Im Sinne einer bestmöglichen Beantwortung der Forschungsfrage wurden unterschiedliche Aspekte und Teilbereiche in den Betrachtungsfokus der ausgewählten ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräche gerückt.

Hierfür war es vorerst notwendig, jedes Gespräch für sich in seinem strukturellen Aufbau zu untersuchen und Gesprächsphasen zu eruieren, um Einblick in die Grobstruktur der Interaktion zu erhalten. Die Erstellung eines Gesprächsinventars erwies sich hier als besonders sinnvoll.

Ferner wurde eine inhaltliche Charakterisierung der Gesprächstypen vorgenommen. Diese orientiert sich im Wesentlichen an der Kategorisierung von Nowak (2010: 226 ff.), welcher hier sechs Typen unterscheidet. Neben drei, für die vorliegende Analyse nicht relevanten Kategorien (*Entlassungsgespräche, Visitengespräche und Hausbesuche, Aufklärungsgespräche*) finden sich im Datenmaterial folgende Gesprächstypen:

- *Anamnesegespräche, Erstgespräche, Aufnahmegespräche*  
Diese Art von Gespräch dient dazu, Personalien und beschwerderelevante Informationen zu erheben, eine Diagnose zu erstellen und entsprechende therapeutische Maßnahmen zu setzen (vgl. Lalouschek, 2005: 52).

- *Befundgespräche*  
Ziel derartiger Gespräche ist es, PatientInnen über Diagnosen und Prognosen aufzuklären (vgl. Meyer, 2000: 6).
- *Folgegespräche*  
All jene Gespräche in der laufenden Behandlung von PatientInnen, welche nach einem Erstgespräch stattfinden, und weder der Klärung eines spezifischen Vorgangs dienen, noch im Rahmen einer Visite geführt werden, sind als Folgegespräche zu klassifizieren (vgl. Nowak, 2010: 229).

Die Kategorie des *akuten ÄrztInnengesprächs* wurde zusätzlich eingeführt, um jenen Gesprächstyp zu beschreiben, der eine Untersuchung und Besprechung akuter Beschwerden von PatientInnen behandelt.

*Akute ÄrztInnengespräche* bezeichnen also eine Gesprächsform, in der keine Anamnese der Krankengeschichte erfolgt, jedoch auch die Definition als Zweit- oder Folgegespräch unpassend ist, da PatientInnen die Praxis der ÄrztInnen erstmalig bezüglich eines speziellen, akuten Anliegens konsultieren.

Im Anschluss an diese, in gewisser Weise als Vorarbeit zu betrachtenden Analysen, wurden sodann folgende Aspekte der Gespräche selektiert:

- Gestaltung von Gesprächsbeginn und Beendigung
- Sprachlicher Ablauf körperlicher Untersuchungen
- Reaktion von ÄrztInnen auf Fragen und Thematisierung von Unklarheiten von PatientInnen

Der Beginn jedes Gesprächs bestimmt maßgeblich dessen weiteren Verlauf. Besonders in der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stellt sich diese Phase als bedeutsam für die Beziehungskonstellation und den Ablauf des folgenden Gesprächs dar. Die Gesprächsbeendigung hingegen hat aufgrund ihrer „Finalität“ erheblichen Einfluss auf das weitere Verhalten und zukünftige Begegnungen. Erfolgreiche ÄrztInnen- PatientInnen-Kommunikation zeichnet sich durch zweckmäßige und den institutionellen und persönlichen Bedürfnissen angepasste Gesprächsverläufe aus, welche in allen Phasen des Gesprächs gegeben sein müssen.

Durch eine genauere Betrachtung der Eröffnungs- und Beendigungsphasen der Gespräche soll schließlich eine Aussage über die Funktionalität der Gestaltung sowie über mögliche Einflüsse auf weitere Verläufe der Gespräche und Behandlungen getroffen werden.

Die Phase der körperlichen Untersuchung stellt für PatientInnen aufgrund der dadurch möglicherweise hervorgerufenen emotionalen Belastung einen besonders heiklen Part der ärztlichen Konsultation dar, aus diesem Grund ist hierbei situationsspezifisch adäquates Verhalten von ÄrztInnen gefordert. Lokalen Orientierungen kommt sowohl bei der Überleitung zu körperlichen Untersuchungen und bei deren Beendigung, als auch während des Vorgangs große Relevanz zu.

Im Rahmen der Analyse soll in diesem Zusammenhang herausgefunden werden, wie sich körperliche Untersuchungen jeweils gestalten. Hierbei wird berücksichtigt, wodurch Überleitungen zur Untersuchung sowie deren Ende sprachlich markiert werden, welche Handlungsanweisungen ÄrztInnen geben, wie diese realisiert werden und auf welche Art und Weise eine Kommunikation während des Untersuchungsvorgangs stattfindet.

Effiziente ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation zeichnet sich schlussendlich durch ein beidseitiges Verstehen und Verstandenwerden aus. Fortbestehende Missverständnisse können schließlich nicht nur Kommunikation negativ beeinflussen, sondern gesundheitliche Risiken für PatientInnen darstellen und im schlimmsten Fall fatale Folgen nach sich ziehen. Reaktionen von ÄrztInnen auf Fragen und Thematisierung von Unklarheiten von PatientInnen sind daher als zentrale Bestandteile zufriedenstellender ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation zu betrachten. Auf diese Weise werden Informationen weitergegeben, Fehlannahmen aufgeklärt und Wissenslücken thematisiert.

Besonders berücksichtigt wurde in der Analyse wie ÄrztInnen auf Fragen von PatientInnen reagieren, und auf welche Weise die Informationsweitergabe gestaltet ist.

Auf Grundlage dieser mesoanalytisch untersuchten Sequenzen, welche zum Teil mikroanalytische Bestandteile enthalten, wird jeweils neben den oben beschriebenen Bereichen der Analyse auch das Auftreten von und der Umgang mit Störungen knapp eruiert.

Orientierungen im Gespräch gelten als zentraler Aspekt gelungener ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation, da sie Überblick schaffen, zur Vermeidung von Unklarheiten beitragen und eine Abschwächung asymmetrischer ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehungen herbeiführen können. Aus diesem Grund wird bei der Analyse auch eine Berücksichtigung dieses Aspekts mit einfließen. Besonders wird hierbei darauf geachtet, an welchen Stellen im Gespräch Orientierungen von ÄrztInnen getätigt werden und welche inhaltlichen Merkmale diese aufweisen.

Interpretationen und Bedeutungen verschiedener lexikaler Elemente orientieren sich vorwiegend an den ausführlich gestalteten Definitionsgrundlagen aus dem Nachschlagewerk „Grammatik der deutschen Sprache“ (Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997). In einigen Fällen wurde zudem auf Helbig's „Lexikon deutscher Partikeln“ (1988) sowie auf einzelne Beiträge aus dem Sammelband „Die Partikeln der deutschen Sprache“ (Weydt [Hrsg.], 1979) zurückgegriffen.

Das folgende Glossar soll die Systematik untersuchter Merkmale verdeutlichen, wobei auch hier vorwiegend die eben genannte Literatur als Basis herangezogen wurde.

#### **4.4 Kleines Glossar gesprächsanalytischer Begrifflichkeiten**

Ziel des vorliegenden Abschnitts ist es, einen Überblick über jene im Rahmen der Analyse gebräuchlichen und häufig verwendeten Begriffe und Konzepte der Gesprächsforschung zu

schaffen. Es soll ein Einblick in relevante Klassifikationsmöglichkeiten und funktionale Bedeutungen einzelner für die vorliegende Analyse relevanter Merkmale gewährt werden.

#### *4.4.1 Partikeln*

Lange Zeit wurde die Partikel als Gegenstand der sprachwissenschaftlichen Untersuchung vernachlässigt und die Relevanz dieser sogenannten „kleinen Wörter“ als entscheidend für Gesprächsklima, Steuerung der Konversation und Ausdruck der Beziehung zwischen den GesprächsteilnehmerInnen verkannt. Aufgrund der großen Anzahl von Partikeln und der hohen Frequenz ihres Auftretens gestalten sich Definitionen jedoch äußerst heterogen (vgl. Helbig, 1988: 11 ff.).

Grundsätzlich gilt: Partikeln sind nicht flektierende, nicht satzgliedfähige Wortklassen, welche für sich wenig bis keine eigenständige lexikalische Bedeutung aufweisen, jedoch dazu dienen, Bedeutungen der Bezugselemente zu modifizieren. Es gibt eine Vielzahl von Kategorisierungsvarianten, im Folgenden liegt der Fokus auf den für die Bearbeitung der Forschungsfrage relevanten Formen. Entsprechend ihrer semantischen Funktion können verschiedene Untergruppen differenziert werden (vgl. Bußmann, 2002: 498 f.).

##### *Gradpartikeln*

Gradpartikeln wie „nur“, „sogar“, „auch“, „schon“, „noch“ induzieren Aussagen über Alternativmengen oder Ausprägungsformen (vgl. Bußmann, 2002: 258).

##### *Negationspartikeln*

Oftmals als der Kategorie der Gradpartikeln zugehörig definiert, können Negationspartikeln wie „nein“, „nicht“, „weder- noch“ sowohl zur Negation eines ganzen Satzes als auch eines einzelnen Gliedes dienen (vgl. Helbig, 1988: 50 f.).

##### *Modalpartikeln*

Ebenso bekannt unter dem Begriff „Abtönungspartikeln“ führen Partikeln wie „sogar“, „auch“ und „nur“ der jeweiligen Satzbedeutung bestimmte Verwendungsbedingungen zu, welche typischerweise Einstellungen der KommunikationsteilnehmerInnen widerspiegeln (vgl. Bußmann, 2002: 439).

##### *Antwortpartikeln*

Antwortpartikeln wie „ja“ oder „nein“ fungieren als Reaktionen auf Entscheidungsfragen, können jedoch auch als Bestätigungs-, Verstärkungs- und Einschränkungssignale dienen (vgl. Helbig, 1988: 49 f.).

##### *Steigerungspartikeln*

Steigerungspartikeln wie „sehr“, „ungemein“, „außergewöhnlich“ tragen die Funktion der Einordnung des Gesagten in eine gewisse implizite Werteskala (vgl. Bußmann, 2002: 650).

##### *Vergleichspartikeln*

Diese Form von Partikeln (beispielsweise „wie“) indiziert Gleichheit und Ungleichheit zweier Elemente in Bezug auf einen gewissen Vergleichsmaßstab (vgl. Bußmann, 2002: 733 f.).

#### 4.4.2 *Interaktive Einheiten*

Oftmals werden diese selbstständigen Einheiten der Interaktion den Partikeln zugeordnet (Helbig, 1988). Auch hierbei lassen sich zwei Arten interaktiver Einheiten differenzieren: Interjektionen und Responsive (vgl. Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997: 62 f). Helbig fügt unter Verwendung der Oberkategorie der „Gesprächswörter“ den Interjektionen zusätzlich die Funktionsklassen Gliederungspartikeln und Rückmeldungspartikeln hinzu (vgl. Helbig, 1988: 52).

##### *Interjektionen*

Hierbei handelt es sich um eine Klasse funktionaler Einheiten im Satz, welche selbstständig in Erscheinung treten und durch die GesprächspartnerInnen unmittelbar gelenkt oder über mentale Zustände informiert werden können (beispielsweise „au“, „oh“) (vgl. Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997: 62 f).

##### *Responsive*

Responsive sind Ausdrücke, welche kommunikative Minimaleinheiten bilden können. Abhängig von der jeweiligen Funktion im Gespräch werden Interjektionen, Gradpartikeln sowie Modalpartikeln dieser Kategorie zugeordnet. „Ja“ und „okay“ werden in diesem Zusammenhang als positive Bescheide und „nein“ als negativer Bescheid klassifiziert (vgl. Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997: 63).

##### *Gliederungspartikeln*

Gliederungspartikeln dienen der Strukturierung von Kommunikation und können Gesprächsakte einleiten (beispielsweise „ja“, „also“, „so“), beenden (beispielsweise „ja“, „hm“) oder zur internen Gliederung beitragen (etwa „ja“, „gell“, „ne“) (vgl. Helbig, 1988: 53).

##### *Rückmeldungspartikeln*

Diese Form der Partikeln kann einerseits im Rahmen einer Bestätigung in Erscheinung treten (beispielsweise „hm“, „ja“, „genau“, „richtig“), oder zur Sicherung des Verstehens rückfragend realisiert sein („ja?“, „bitte?“, „was?“, „hm?“) (vgl. Helbig, 1988: 53).

Es bleibt hierbei jedoch zu berücksichtigen, dass einzelne Partikeln und interaktive Einheiten oftmals mehreren Kategorien angehören können, und somit kontextabhängig unterschiedliche Funktionen im Gespräch erfüllen.

#### 4.4.3 *Verzögerungsphänomene*

Nach Maclay und Osgood (1959: 24 in Quasthoff, 1979) können unterschiedliche Formen von Verzögerungsphänomenen differenziert werden:

- Semantisch nicht relevante Wiederholungen (etwa Stammeln oder Stottern)
- Sogenannte „Fehlstarts“ (unvollständige und selbstunterbrochene Äußerungen)
- „gefüllte Pausen“ (beispielsweise durch „öh“ oder „ehm“)
- „ungefüllte Pausen“ (außergewöhnlich lange Unterbrechungen des Redeflusses)

Sogenannte „Häsitationspartikeln“ werden oft dem Verzögerungsphänomen der „gefüllten Pause“ zugeordnet. Funktional dienen sie hauptsächlich der Redeorganisation, indem sie Produktionsschwierigkeiten überbrücken und Unterbrechungen verhindern (vgl. Willkop, 1988). Besonders prominent erweist sich in diesem Zusammenhang das „ah“ beziehungsweise „äh“, welches zusätzlich Selbstkorrekturen anzeigen kann (vgl. Eisen, 2001: 109).

#### 4.4.4 Minimalbestätigungen

Partikeln wie beispielsweise „mhm“, „ja“ und „ne“ kommt im Gesprächsverlauf und der Organisation zentrale Bedeutung zu. Durch die Tötigung derartiger Minimalbestätigungen wird der Fortgang der gegenwärtigen Interaktion unter den jeweils aktuellen Bedingungen gesichert. HörerInnen können Verstehen signalisieren und Bereitschaft zum weiteren Zuhören ausdrücken. Bestimmte Minimalbestätigungen wie beispielsweise „ja“ oder „mhm“ haben kontextabhängig eine zusätzliche Funktion. Sie können in gewissen Fällen eine Turnübernahme jener Person ankündigen, welche die Minimalbestätigung äußert (vgl. Körfer, 1979: 18).

#### 4.4.5 Schweigen

Schweigen in ärztlichen Gesprächen kann sowohl institutionell als auch individuell beziehungsweise durch Gruppen bestimmt sein (vgl. Saville- Troike, 1994: 16 f.) und drückt kontextspezifisch Aufmunterung oder Einverständnis aus. ÄrztInnen können durch Schweigen jedoch auch negative Beurteilungen der Relevanzsetzung von PatientInnen vornehmen (vgl. Baumgartinger- Seiringer, 2003: 56).

#### 4.4.6 Unterbrechungen

In sprachwissenschaftlichen Untersuchungen zur medizinischen Kommunikation werden Unterbrechungen vorwiegend nach funktionalen Kriterien kategorisiert.

Goldberg (1990: 890) beschreibt in diesem Zusammenhang „rapport-oriented acts“ als Sprechakte welche Solidarität und Interesse bekunden, sowie „power-oriented acts“, welche einen SprecherInnenwechsel erzwingen. Unterbrechungen in Form von Reparaturen oder Wiederholungen werden in diesem Zusammenhang als „neutral acts“ bezeichnet (vgl. Goldberg, 1990: 888 f.). In neueren Untersuchungen werden diese Begriffe durch „unterstützende“ und „nicht unterstützende“ Unterbrechungen ersetzt, wobei unterstützende Unterbrechungen klärende, reparierende und vervollständigende Wirkung haben, während nicht unterstützende Unterbrechungen Dominanzverhältnisse zwischen ÄrztInnen und PatientInnen verdeutlichen (vgl. Menz; Lalouschek; Gstettner, 2008: 145 ff.).

Eine Untersuchung von Menz und Al- Roubaie (2008) beschäftigt sich konkret mit dem Auftreten von Unterbrechungen in ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation, und zeigt auf, dass PatientInnen kaum nicht- unterstützende Unterbrechungen tätigen, ÄrztInnen diese Form der Turnübernahme jedoch weitaus häufiger gebrauchen (2008: 586).

Genderspezifische Unterschiede scheinen hier keinen zentralen Einfluss auf die Anwendung von nicht- unterstützenden Unterbrechungen auszuüben, während allerdings Statusunterschiede durchaus Auswirkungen auf das Unterbrechungsverhalten haben. Menz

und Al- Roubaie zeigen auf, dass PatientInnen generell kaum Möglichkeiten haben, ÄrztInnen zu unterbrechen, und sich diese Situation bei besonders ranghohen und spezialisierten ÄrztInnen zusätzlich verschärft (vgl. 2008: 660).

#### 4.4.7 *Positive und negative Bewertungen*

Bewertungen von Aussagen der PatientInnen durch ÄrztInnen haben großen Einfluss auf Inhalt und Struktur des gesamten ÄrztInnen- PatientInnen- Gesprächs. Eine positive Beurteilung kann durch Minimalbestätigungen realisiert werden, negative Bewertungen des Gesagten treten durch Unterbrechungen mit Themenwechsel sowie durch Schweigen in Erscheinung (vgl. Baumgartinger- Seiringer, 2003: 53 ff.).

#### 4.4.8 *Rückmeldungssignale*

Rückmeldungssignale dienen einerseits als Unterstützung für SprecherInnen den Gesprächsbeitrag weiterzuführen und organisieren daher den Gesprächsverlauf mit.

Ein zu früher Einsatz solcher Signale hat jedoch gegenteilige Wirkung, da er nicht Empathie oder Ermunterung vermittelt, sondern Eile oder den Wunsch der Turnübernahme durch GesprächspartnerInnen suggeriert, und daher Verunsicherung auslösen kann (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 28 ff.).

Spranz- Fogasy unterscheidet sieben Formen der Rückmeldung: Aufmerksamkeitssignal, abwartendes Rückmeldesignal, bestätigendes Rückmeldesignal, Gliederungssignal, sichernde Rückmeldung, antizipierendes Rückmeldesignal, Rückmeldung eines Verständnisproblems.

Diese unterschiedlichen Ausformungen treten auch sprachlich in vielfältiger Gestalt in Erscheinung. Die Bandbreite reicht hier von „hm“- Lauten und „ja“ und „nein“ über kurze zustimmende Ausdrücke wie „„eben“ oder „na klar“. Antizipierende und sichernde Rückmeldesignale sind zudem häufig ganze Sätze oder Satzfragmente (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 30).

Nachdem das Forschungsdesign nun ausführlich dargestellt wurde, folgt eine Besprechung von Basisinformationen zum Datenmaterial sowie zu vorgenommenen Kategorisierungen, welche für die Analyse zentral sind. Hierbei werden sowohl quantitative als auch erste qualitative Elemente berücksichtigt.

## **5 Datenmaterial**

### **5.1 Das Datenkorpus**

Das vorliegende Datenkorpus besteht aus insgesamt 9 authentischen Gesprächen von ÄrztInnen und PatientInnen in privaten und kassenärztlichen Praxen.

Das Datenmaterial wurde im Rahmen eines Projekts von Florian Menz und Luzia Plansky erhoben, bei dem etwa 1000 Gespräche von 47 ÄrztInnen aus drei verschiedenen

Fachrichtungen erfasst wurden. Daraus ergaben sich etwa 200 Stunden an aufgezeichnetem Material. Hiervon wurden an die 193 Gespräche mit einer Gesamtaufnahmedauer von insgesamt circa 35 Stunden ausgewählt und nach diskursanalytischen Kriterien im Verhältnis 1:40 transkribiert. Diese Daten liegen sowohl in einer verschriftlichten als auch in originaler Audioversion vor. Eines der neun Gespräche wurde von der Autorin selbstständig verschriftlicht (XNNW\_ET01\_W), und daher in einem größeren (1:15), für die Analyse jedoch durchaus angemessenen Verhältnis transkribiert. Alle Transkripte wurden nach HIAT-Konventionen (Halbinterpretative Arbeitstranskription) angefertigt, es fließen neben der Verschriftlichung des Gesagten auch Überlappungen, Unterbrechungen, Betonungen, Pausen, paraverbale Äußerungen und ähnliche Bestandteile mündlicher Kommunikation ein. Die übrigen, im Vorfeld transkribierten Gespräche wurden an einigen Stellen den Anforderungen der vorliegenden Analyse entsprechend überarbeitet, und schließlich in dieser aktualisierten Version wieder an das Projekt zurückgeführt. Sowohl beim Eigentranskript als auch bei den stellenweisen Nachbearbeitungen dienten die Werke von Deppermann (2008), Brinker und Sager (2006) sowie Henne und Rehbock (1995) als Grundlage für die Durchführung der Transkriptionen. Dazugehörige Transkriptionskonventionen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Was die Notation der einzelnen Gesprächstitel im Fließtext betrifft, so wurde entschieden, zwar jene Kodierungen beizubehalten, welche im Rahmen der Datenerfassung von Menz und Plansky vergeben wurden, diese jedoch um die Variable der Vertragsart zu erweitern. Hierdurch wird einerseits gewährleistet, dass ein Vergleich mit anderen Studien zum selben Material möglich bleibt, die Kennzeichen „\_W“ beziehungsweise „\_K“ am jeweiligen Ende der Gesprächstitel stehen für „WahlärztIn“ beziehungsweise „KassenärztIn“ und erleichtern LeserInnen das Verständnis.

Um die große Menge an verfügbarem Datenmaterial und die Forschungsfrage entsprechend einzugrenzen, wurden unterschiedliche Kriterien eingeführt, um ein möglichst ergiebiges Datensample zusammenzustellen.

Grundsätzlich wurde entschieden, dass für die vorliegende Diplomarbeit ausschließlich Gespräche von AllgemeinmedizinerInnen sowie InternistInnen verwendet werden, da beide Berufsgruppen als sogenannte „HausärztInnen“ erkannt werden können, folglich also ähnliche Anforderungen an die ÄrztInnen gestellt werden und Abläufe und Ziele der Gespräche vergleichbar bleiben.

Wie sich aus der Fragestellung erschließt, wurde versucht, ein Gleichgewicht zwischen der Anzahl der beobachteten Kassen- und WahlärztInnen zu schaffen, und zusätzlich auf ein ausgewogenes Verhältnis von männlichen und weiblichen ÄrztInnen und PatientInnen geachtet. Als letztes Auswahlkriterium wurde schließlich das Vorkommen einer körperlichen Untersuchung eingeführt.

Um die Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse nicht zu verfälschen, wurde jeweils nur ein Gespräch einzelner ÄrztInnen ausgewählt, eine „Mehrfach-Analyse“ wurde explizit vermieden, da nur auf diese Weise sichergestellt werden kann, dass gewisse Eigenarten und

Besonderheiten einzelner ÄrztInnen die Analyseergebnisse nicht übermäßig beeinflussen. Es erwies sich als durchwegs anspruchsvolle Aufgabe, passendes und ausgewogenes Datenmaterial zu selektieren, da einerseits nur etwa ein Viertel der ÄrztInnen aus dem Korpus WahlärztInnen waren und weiters männliche Ärzte mit 63,8% der gesamten TeilnehmerInnen einen ungleich höheren Anteil ausmachten.

Schließlich gelang es jedoch, ein angemessenes und sinnvolles Sample an Daten zusammenzustellen, welches im Folgenden nun zuerst quantitative und sodann qualitative Kriterien berücksichtigend vorgestellt wird.

## 5.2 Quantitative Vorstellung des Datenmaterials

BASISINFORMATIONEN									
<i>Kürzel</i>	YNOM_ 0104_K	YDOM_ 0104_K	QTNM_ 0501_W	POWW_ 2500_K	GTNF_ 0201_W	OISM_ 0601_W	IMSM_ 0103_K	MMWF_ 0102_K	XNNW_ ET01_W
<i>Fachrichtung</i>	Allgemein	Allgemein	Allgemein	Allgemein	Allgemein	Internist	Internist	Allgemein	Allgemein
<i>Dauer</i>	00:08:14	00:07:48	00:14:54	00:07:48	00:18:19	00:24:58	00:06:58	00:09:22	00:12:48
<i>Geschlecht ÄrztIn</i>	m	m	m	w	w	m	m	w	w
<i>Geschlecht PatientIn</i>	m	w	m	w	w	w	w	w	m
<i>Vertragsart</i>	Kassenv.	Kassenv.	Wahlv.	Kassenv.	Wahlv.	Wahlv.	Kassenv.	Kassenv.	Wahlv.
<i>Wortanzahl ÄrztIn</i>	1076	666	1044	712	1169	2413	238	689	1465
<i>Wortanzahl PatientIn</i>	728	370	1360	268	908	1239	40	831	871

ZUSATZINFORMATIONEN									
<i>Kürzel</i>	YNOM_0104_K	YDOM_0104_K	QTNM_0501_W	POWW_2500_K	GTNF_0201_W	OISM_0601_W	IMSM_0103_K	MMWF_0102_K	XNNW_ET01_W
<i>Vertragsart</i>	Kassenv.	Kassenv.	Wahlv.	Kassenv.	Wahlv.	Wahlv.	Kassenv.	Kassenv.	Wahlv.
<i>Gesprächstyp</i>	Folgegespräch	akutes ÄrztInnen-gespräch	Anamnese-gespräch bzw. Befund-besprechung	akutes ÄrztInnen-gespräch	Folge-gespräch	Befundbe-sprechung bzw. Folge-gespräch	Befundbe-sprechung	Folge-gespräch	Anamnese-gespräch bzw. Befund-besprechung
<i>Art der Untersuchung</i>	Kontrolle/ Unter-suchung einer Wunde am Fuß	Unter-suchung einer Knie-verletzung	Blutdruck-messung	Unter-suchung des Hals- und Rachen-bereichs	mehrere Injektionen an verschiedenen Stellen	Ultraschall des Bauch-raumes, Abtasten des Rücken-bereichs	Abtastung des Bauch-raums und der Lymph-knoten, Abhören des Torso	Abtasten der Kopf-region	Blutdruck-messung, Abtasten des Bauch-raums, Abhören des Torso, Unter-suchung des Mundraums
<i>Modell der Beziehungsgestaltung</i>	tendenziell pater-nalistisch	Mischform aus bündnis- und dienst-leistungs-orientiert	Business-modell	schwach pater-nalistisch	phasenweise paternalistisch, phasenweise partner-schaftlich	partner-schaftlich	pater-nalistisch	eher partner-schaftlich	tendenziell dienst-leistungs-orientiert
<i>Störungen</i>	/	technische Schwierig-keiten	Störung durch dritte Person	/	technische Schwierig-keiten	/	/	/	/

### 5.2.1 Gegenüberstellung der Daten

Obwohl quantitative Vergleiche bei der Größe dieses Samples kaum repräsentativ sind, scheint es interessant, Ergebnisse einer Gegenüberstellung im Kontext der von Menz und Plansky (2010) durchgeführten Studie zu betrachten, da das vorliegende Datenmaterial sozusagen einen Ausschnitt des für die Studie erhobenen Korpus darstellt.

Das untersuchte Datenmaterial hat insgesamt eine Länge von einer Stunde und etwa 49 Minuten, im Durchschnitt dauert ein Gespräch daher etwa 12,5 Minuten. Damit liegt der Mittelwert der Gesprächsdauer in diesem Sample höher, als bei dem von Menz und Plansky erhobenen Gesamtkorpus, bei dem die durchschnittliche Dauer lediglich 8,7 Minuten beträgt.

Gespräche bei KassenärztInnen dauern insgesamt 40 Minuten, WahlärztInnen kommen daher auf eine Gesamtgesprächsdauer von einer Stunde und knapp 11 Minuten. Die durchschnittliche Gesprächsdauer bei KassenärztInnen beträgt daher 8 Minuten, während bei WahlärztInnen ein Mittel von 17,5 Minuten pro Gespräch vorliegt.

Werden hier schon große Unterschiede deutlich, so verstärkt sich dieses Ungleichgewicht erneut, da von Gesprächen bei ÄrztInnen mit Kassenvertrag insgesamt fünf Gespräche untersucht wurden, während lediglich vier der Gespräche bei WahlärztInnen stattfanden.

WahlärztInnen verbringen demnach deutlich mehr Zeit mit PatientInnen, diese Ergebnisse zeichnen sich auch in den Resultaten der oben erwähnten Studie von Menz und Plansky ab. Während die Differenz der Durchschnittszeiten in diesem Fall jedoch 3,6 Minuten beträgt (die Durchschnittsgesprächsdauer in Kassenordinationen lag demnach bei 7,9 Minuten im Gegensatz zu 11,5 Minuten in Wahlordinationen), zeigen sich Unterschiede im vorliegenden Sample maßgeblich deutlicher. Durchschnittlich 9,5 Minuten mehr verbringen WahlärztInnen demnach mit ihren PatientInnen.

Menz und Plansky kommen in ihrer Studie zum Ergebnis, dass Gespräche von Ärztinnen signifikant länger sind, als jene von Ärzten, beim vorliegenden Datenmaterial zeigt sich jedoch ein gegenteiliges Bild. Gespräche der männlichen Ärzte dauern demnach insgesamt knapp eine Stunde und 21 Minuten, bei ÄrztInnen ist die Gesamtgesprächszeit mit etwa 48 Minuten deutlich geringer.

Diese Tatsache ist jedoch anhand der aus dem Gesamtkorpus gewonnenen Ergebnisse erklärbar, wonach Gespräche zwischen Ärzten und Patientinnen kürzer sind, als Gespräche zwischen Ärzten und Patienten. Die mit Abstand längste durchschnittliche Gesprächsdauer tritt hingegen bei Gesprächen zwischen Ärztinnen und Patientinnen auf. Auffällige genderspezifische Differenzen im vorliegenden Sample sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Mehrzahl der weiblichen Patientinnen (sechs der neun PatientInnen sind weiblich) in Verbindung mit einem leichten Ungleichgewicht bei Ärztinnen und Ärzten (5 der 9 ÄrztInnen sind männlich) zurückzuführen.

Ein Vergleich der Wortanzahl von ÄrztInnen und PatientInnen bringt ähnliche Ergebnisse. Grundsätzlich sprechen ÄrztInnen zwar insgesamt deutlich mehr als PatientInnen (durchschnittlich etwa 1052 Wörter im Vergleich zu durchschnittlich 735 Wörtern von

PatientInnen pro Gespräch). Männliche Ärzte haben mit einem Mittel von etwa 1047 Wörtern nur eine geringfügige höhere Wortanzahl als weibliche Ärztinnen mit etwa 1008 Wörtern pro Gespräch. PatientInnen hingegen sind mit durchschnittlich etwa 609 Wörtern pro Gespräch deutlich weniger aktiv als männliche (etwa 986 Wörter pro Gespräch).

Was nun die Wortanzahlverteilung bei Kassen- und WahlärztInnen betrifft, so ist hauptsächlich die Differenz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen aussagekräftig. Die Wortanzahl von ÄrztInnen liegt durchschnittlich grundsätzlich höher als jene der PatientInnen, es zeigt sich jedoch, dass diese Differenz bei WahlärztInnen wesentlich geringer ist, als bei KassenärztInnen. Die Differenz der Wortanzahl liegt demnach bei KassenärztInnen bei etwa 229 Wörtern, die ÄrztInnen mehr sprechen als PatientInnen, im Gegensatz dazu ist diese Differenz bei WahlärztInnen mit etwa 428 Wörtern wesentlich höher. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Redevertelung in ärztlichen Gesprächen bei WahlärztInnen keinesfalls ausgewogener organisiert ist, sondern diese wesentlich mehr sprechen als ihre PatientInnen.

### 5.3 Qualitative Vorstellung des Datenmaterials

Im folgenden Abschnitt werden nun die einzelnen Gespräche kurz vorgestellt. Aufbau und Inhalt sowie grundlegende Merkmale und Besonderheiten werden erläutert, außerdem finden generelle Beobachtungen Erwähnung.

Konkret erfolgt eine Berücksichtigung folgender Merkmale:

- Gesprächstyp
- Beziehungsform
- Sprechweise (Dialektverwendung, auffällig langsames oder schnelles Sprechen)
- Ort der Praxis
- Wahl/ Kassenvertrag
- Gender
- Grundsätzliche Merkmale/ Besonderheiten
- Form der Untersuchung
- Grund für den ÄrztInnenbesuch
- Auftreten von externen Störungen (beispielsweise durch Telefongespräche oder durch Betreten des Raums durch Dritte)

#### YNOM\_0104\_K

Das erste hier vorgestellte Gespräch findet in der Praxis eines männlichen Allgemeinarztes mit einem ebenfalls männlichen Patienten statt und dauert etwa acht Minuten. Die Praxis ist in einer Kleinstadt angesiedelt, beide Sprecher benützen eine eher dialektale Sprechweise. Was den Beziehungstyp betrifft, so handelt es sich hierbei um eine tendenziell paternalistisch gestaltete ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung, da der Arzt einerseits wenig Mitspracherecht für den Patienten einräumt und Handlungsanweisungen sehr direkt formuliert. Dies zeigt sich auch in der asymmetrischen Verteilung der Redezeit. Die Anzahl der gesprochenen Wörter liegt mit 1076 deutlich höher als beim Patienten, welcher insgesamt

728 Wörter spricht. Im Vergleich mit anderen, ähnlich langen Gesprächen sprechen Arzt und Patient verhältnismäßig viel.

Aus dem Gesprächskontext ist erschließbar, dass der Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt in der Arztpraxis war, vom Arzt jedoch in ein Krankenhaus überwiesen wurde. Es handelt sich somit um ein Folgegespräch, in dessen Rahmen der Arzt eine Kontrolle durchführt und über die weitere Behandlung des Patienten entscheidet. Konkret wird bei der Untersuchung eine Begutachtung einer Wunde am Fuß des Patienten vorgenommen.

Bemerkenswert sind hierbei die oftmalige Repetition der Handlungsanweisungen, sowie die wiederholte Bezugnahme auf die Wunde mit den Worten „a schiache Wunden“. Generell zeichnet sich das Gespräch durch eine hohe Redundanz in den Aussagen zu Zustand und weiterer Behandlung der Wunde und bezüglich der Handlungsanweisungen an den Patienten aus.

Im Rahmen des Gesprächs ergibt sich eine Änderung des Behandlungsplanes, ursprünglich sollte der Patient erst im Laufe der folgenden Tage zur Kontrolle in die Praxis kommen, der Arzt entscheidet sich jedoch nach Begutachtung der Wunde sowie nach mehrmaliger Besprechung mit dem Patienten um, und bestellt ihn für den nächsten Tag in die Praxis.

Das Gespräch findet offenbar zu einem hektischen Zeitpunkt in der Ordination statt, der Arzt verweist mehrmals auf den knappen Zeitrahmen. In der Mitte des Gesprächs betritt eine Assistentin den Raum, der Arzt gibt hier Anweisungen für die Behandlung des Patienten, und erklärt das genaue Vorgehen bei der Wundversorgung, da er diese Aufgabe nicht selbst übernimmt, sondern an die Assistentin überträgt.

Ein besonders auffälliger Aspekt dieses Gesprächs liegt in der ärztlich initiierten Besprechung nicht krankheitsrelevanter Themen. In diesem Fall beschwert sich der Arzt ausführlich über die gängige Spitalspraxis, wobei seine diesbezüglichen Aussagen in keinem direkten Zusammenhang mit der Situation des Patienten stehen. Die Tatsache, dass diese Sequenz nach einer ersten patientInneninitiierten Überleitung zur Verabschiedung stattfindet und recht ausführlich ausfällt, macht das Vorkommen besonders unter Berücksichtigung der vom Arzt mehrmals thematisierten vollen Auslastung der Praxis bemerkenswert.

#### *YDOM\_0104\_K*

Dieses Gespräch zwischen einem Allgemeinmediziner und einer Kassenpatientin findet in einer Praxis im ländlichen Gebiet statt und hat eine Länge von beinahe acht Minuten. Beide SprecherInnen haben eine eher dialektale Sprechweise.

Die Beschwerden der Patientin beziehen sich auf eine kürzlich zugezogene Verletzung am Knie, es handelt sich somit um ein akutes ÄrztInnengespräch. Arzt und Patientin kennen sich bereits aus früheren Besuchen, in diesem Fall sucht die Patientin die Praxis jedoch erstmalig aufgrund der vorliegenden Beschwerden auf. Die körperliche Untersuchung beschränkt sich auf den Bereich des betroffenen Knies der Patientin. Was die Verteilung der Redezeit betrifft, so fällt diese zu Gunsten des Arztes aus, der mit 666 Wörtern eindeutig mehr spricht als die Patientin mit 370 Wörtern.

Die ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung kann in diesem Fall als eine Mischform eines Bündnismodells mit einer eher dienstleistungsorientierten Form der Beziehungsgestaltung

charakterisiert werden. Obwohl der Arzt eindeutige Anweisungen gibt, lässt er der Patientin Raum zu berichten und geht auch auf deren Diagnoseannahmen ein. Besonders in der Phase der Verschreibung von Rezepten macht der Arzt seine Funktion als Dienstleister klar, die häufige Verwendung der „wir- Form“ speziell im Rahmen der Besprechung des weiteren Vorgehens stellt eine gewisse Form von Egalität her. Der Arzt lässt die Patientin in einer Form am Entscheidungsprozess teilhaben und macht explizit, welche Möglichkeiten er bezüglich der Diagnose und der Behandlung erwägt.

Die Atmosphäre ist generell als angenehm zu bezeichnen, der Arzt beendet das Gespräch mit einer direkten Handlungsanweisung, realisiert diese jedoch in Form einer scherzhaften Aussage.

Einmalig tritt eine Störung des Gesprächs auf, welche eine Unterbrechung verursacht. Ausgelöst wird dies durch das Abstürzen des Computers.

Als bemerkenswert in diesem Gespräch stellt sich besonders die Gewohnheit des Arztes dar, Schreibphasen mit Sprechen zu begleiten. Hierdurch werden Pausen vermieden, die Patientin wird so informiert, was der Arzt niederschreibt, wobei dieser hierbei fachsprachliche Termini benutzt.

#### *QTNM\_0501\_W*

Das vorliegende, fünfzehnminütige Gespräch wurde in einer WahlärztInnenpraxis einer Großstadt aufgezeichnet, sowohl der Allgemeinmediziner als auch der Patient sind männlich. Beide benutzen eher eine Variante der Standardsprache, dialektale Einschläge kommen jedoch durchaus vor.

Aus dem Kontext wird der Gesprächstyp nicht eindeutig ersichtlich, es liegt jedoch nahe, dass es sich hierbei um ein Anamnesegespräch handelt, welches eine Befundbesprechung inkludiert. Da zwar einerseits der Fokus auf einer Darstellung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Patienten liegt, gleichzeitig jedoch auch eine Besprechung gewisser Werte vorgenommen wird, scheint hier eine Mischform vorzuliegen. Patient und Arzt kennen sich noch nicht lange, dies ist anhand der Erwähnung des „Vorgängers“ des Arztes zu erkennen.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung nimmt der Arzt eine Blutdruckmessung vor.

Die Beziehungsgestaltung ist eindeutig am Businessmodell orientiert, der Arzt stellt sich selbst mehrmals eindeutig als Dienstleister zur Verfügung und macht sowohl Verständnis für die Situation des Patienten als auch die Bereitschaft zur Unterstützung dessen Anliegen an mehreren Stellen klar. Besonders wenn es um die Verschreibung einer Kur geht, wird die Position des Arztes als reiner Dienstleister überdeutlich. Weiters ist eine beidseitig höfliche Anrede der Gesprächspartner unter Verwendung der jeweiligen Titel beziehungsweise der Rollenbezeichnung des Arztes zu erkennen. Der Patient findet sich grundsätzlich in einer eher gleichberechtigten Situation wieder, zusätzlich zeigt er sehr kooperativ, sowohl in Bezug auf seine Krankheitserzählung als auch bei Handlungsanweisungen des Arztes.

Der Großteil der Redezeit fällt in diesem Gespräch dem Patienten zu. Während dieser 1360 Wörter im Gespräch tätig, kommt der Arzt auf 1044. Der Patient nutzt seine Redebeiträge für die Darstellung seines Gesundheitszustandes. Er gibt dem Arzt sozusagen eine Art

Statusbericht, dieser fördert die Gesprächsbereitschaft und unterstützt Initiativen des Patienten. Generell herrscht eine angenehme Atmosphäre, beide Teilnehmer lachen an mehreren Stellen der Interaktion. Die Sprechweise des Arztes kann als enthusiastisch bezeichnet werden, er verwendet blumige Ausdrücke, um die Untersuchungswerte des Patienten zu umschreiben und bewertet Aussagen des Patienten positiv. Schonend formuliert ist hingegen eine Anweisung aufgrund zu hoher Blutdruckwerte an den Patienten, dieser reagiert auch hier kooperativ.

Obwohl in der Audioversion des Gesprächs keine hörbaren Schreib- oder Tippphasen auffallen, gibt der Arzt an mehreren Stellen bekannt, was er gerade schreibt. Es treten also diesbezüglich keine Pausen auf.

Gleich zu Beginn des Gesprächs tritt eine Störung auf, hier bespricht der Arzt mit einer hereingekommenen dritten Person die Behandlung und das weitere Vorgehen bezüglich eines anderen Patienten.

#### *POWW\_2500\_K*

Im Fall dieses Gesprächs zwischen einer Kassenärztin der Allgemeinmedizin und einer Patientin im großstädtischen Gebiet, handelt es sich um ein etwa achtminütiges akutes ÄrztInnengespräch, das ohne externe Störungen verläuft. Ärztin und Patientin kennen sich bereits aus früheren Interaktionen, aus dem Kontext wird erkennbar, dass die Patientin die Praxis bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgrund derselben Beschwerden aufgesucht hat. Die Patientin leidet unter Halsschmerzen und Fieber, die körperliche Untersuchung beschränkt sich daher auf eine Begutachtung des Mund- und Halsbereichs. Die Patientin spricht in der bundesdeutschen Standardsprache, die Ärztin wählt eine standardsprachliche Sprechweise, wobei hier zeitweise Einschläge dialektaler Varianten einfließen.

Bezüglich der Beziehungsgestaltung kann hier ein schwach paternalistisches Modell erkannt werden, die Ärztin lässt der Patientin kein Mitspracherecht bei therapiebezogenen Themen und bezüglich des weiteren Vorgehens, geht jedoch im Gegenzug auf Fragen der Patientin recht ausführlich ein. Das Verhalten der Patientin kann als kooperativ eingestuft werden.

Die Verteilung der Redezeit gestaltet sich unausgeglichen, die Ärztin übernimmt mit 712 Wörtern im Vergleich zu 268 Wörtern der Patientin den Großteil der Sprechzeit.

Gegen Ende der Konsultation sind Tippgeräusche hörbar, die Ärztin begleitet diese Phase mit Sprechen und gibt Auskunft über die eben ausgestellten Verschreibungen.

Während dem Gespräch tritt keine Störung auf, eine Besprechung nicht krankheitsrelevanter Angelegenheiten wird an einer Stelle von der Patientin initiiert. Es handelt sich hierbei um eine Thematisierung des Gesundheitszustandes des Lebensgefährten der Patientin, die Ärztin reagiert hier ausführlich. Auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Operation bespricht die Ärztin eingehend.

#### *GTNF\_0201\_W*

Das vorliegende Gespräch findet in der WahlärztInnenpraxis einer Allgemeinmedizinerin in ländlichem Gebiet statt und dauert etwa 18 Minuten. Die Patientin ist Dialektsprecherin, die Ärztin wählt eine standardsprachliche Variante mit zeitweisen dialektalen Elementen.

Es handelt sich bei diesem Gespräch um ein Folgegespräch, aus dem Kontext lässt sich erschließen, dass die Patientin routinemäßig etwa zweimal wöchentlich die Praxis aufsucht, um bestimmte Injektionen zu erhalten. In diesem Fall findet vor der Untersuchungsphase noch eine längere Sequenz statt, in der die Besprechung einer anderen Thematik erfolgt.

Ärztin und Patientin kennen sich bereits, an mehreren Stellen wird jedoch deutlich, dass die Ärztin als Urlaubsvertretung des eigentlich behandelnden Arztes der Patientin arbeitet. Die Form der Beziehungsgestaltung erweist sich in diesem Fall als äußerst spannend. Zu Beginn der Interaktion, im Rahmen der patientInneninitiierten Besprechung einer Thematik, welche die Patientin nur indirekt, jedoch hauptsächlich deren Gatten betrifft, folgt die Ärztin einem eindeutig paternalistischen Modell. Sie lässt der Patientin hier nur wenig Raum für Ausführungen, unterbricht häufig und reagiert generell eher ungeduldig und dominant. Im Gegensatz hierzu zeichnet sich die Beziehungsgestaltung während der Phase der Injektion der Spritzen durch eine persönliche Note aus. Die Ärztin zeigt sich sehr einfühlsam, geht auf Wünsche der Patientin ein und fokussiert eine relative Gleichberechtigung. Verstärkt wird dies durch die häufig patientInneninitiierte Besprechung privater Lebensumstände, wobei die Ärztin viele Informationen über ihre gegenwärtige Lebenssituation gibt, und auch sehr private Themen, wie beispielsweise ihr bisher unerfüllter Kinderwunsch, behandelt werden.

Phasenweise zeigt sich die Patientin sehr unterwürfig, vor allem wenn es um die Aushandlung eines weiteren Termins geht, formuliert sie ihre Anliegen stets in Form einer Bitte um Erlaubnis, die Ärztin reagiert hierauf wohlwollend. Generell erfährt die Vereinbarung eines Folgetermins eine sehr hohe Relevanzsetzung von Seiten der Patientin.

Die Verteilung der Redezeit zeigt eine relative Ausgeglichenheit, wobei die Ärztin hier mit 1169 Wörtern im Gegensatz zu 908 Wörtern der Patientin etwas mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Die Ärztin tippt an mehreren Stellen im Verlauf der Untersuchung, längere Phasen kommentiert sie mit dem Beschreiben ihrer gegenwärtigen Handlungen.

Externe Störungen sind in diesem Gespräch in Form technischer Schwierigkeiten zu erkennen. Der Absturz des Computers am Ende der Interaktion wird von der Ärztin zwar thematisiert, hat jedoch keinen merklichen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Kommunikationssituation.

#### *OISM\_0601\_W*

Das vorliegende Gespräch zwischen einem männlichen Internisten und einer weiblichen Patientin findet in einer WahlärztInnenpraxis im ländlichen Gebiet statt. Beide InteraktionsteilnehmerInnen sprechen eher dialektal.

Während des gesamten Gesprächs kommt es zu keinen externen Störungen, vom Gesprächstyp handelt es sich hierbei um eine Mischform aus Befundbesprechung und Folgegespräch, welches eine körperliche Untersuchung miteinschließt. Hierbei untersucht der Arzt den Bauchraum der Patientin mittels Ultraschall und tastet zusätzlich die Rückenpartie ab. Er spricht mit 2413 Wörtern deutlich mehr als die Patientin mit 1239 Wörtern.

Schon am Weg von der Tür zum Besprechungstisch gratuliert der Arzt der Patientin zu ihren Werten, sein Verhalten zeichnet sich grundsätzlich durch eine besonders wohlwollende Art im Umgang mit der Patientin aus. Er fokussiert ein eher partnerschaftliches Modell der Beziehungsgestaltung, gibt zwar viele mehr oder weniger eindringliche Hinweise auf zusätzliche Untersuchungen der Patientin, überlässt im Endeffekt die Entscheidung jedoch ihr. Zur Verstärkung bietet der Arzt eine Terminvereinbarung für einen Facharzt durch seine Assistentin an. Während der körperlichen Untersuchung gibt er viele Erklärungen und Beschreibungen und bezieht die Patientin direkt mit ein, indem er ihr den Bildschirm zudreht und dort direkt vorzeigt, woran man bestimmte Aspekte erkennen kann.

Bemerkenswert sind in diesem Fall die aufwändigen und mehrmaligen Versuche des Arztes, die Patientin von der Durchführung einer gewissen Untersuchung zu überzeugen. Diese thematisiert jedoch ihre Angst, worauf der Arzt in direkter Folge zwar nicht unmittelbar reagiert, jedoch an einer späteren Stelle im Gespräch ausführlich Bezug nimmt und die Patientin beruhigen möchte.

#### *IMSM\_0103\_K*

Die Praxis des männlichen Internisten mit Kassenvertrag ist im ländlichen Gebiet angesiedelt, sowohl er als auch die Patientin sprechen in eher dialektalen Varianten. Bei der vorliegenden Interaktion handelt es sich um ein siebenminütiges, ohne Störung ablaufendes Befundgespräch, bei dem einerseits Werte kurz besprochen und andererseits eine körperliche Untersuchung in Form einer Abtastung des Bauchraums und der Schilddrüsen sowie das Abhören der Atemwege vorgenommen wird.

Die Beziehungsgestaltung kann als paternalistisch identifiziert werden, der Arzt gibt zwar Auskunft über Verlauf und Ergebnis der Untersuchungen, bezieht die Patientin ansonsten aber nur sehr wenig ein. Dies manifestiert sich auch in der Redeverteilung, wobei grundsätzlich wenig gesprochen wird, die Patientin aber mit insgesamt lediglich vierzig Wörtern, im Gegensatz zu 238 Wörtern des Arztes kaum Wortmeldungen tätigt. Hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Redebeiträge des Arztes selten direkt an die Patientin gerichtet, sondern oftmals für die Aufnahme auf ein Diktiergerät bestimmt sind. Daher zeichnet sich die Sprechweise des Arztes durch eine häufige Verwendung fachsprachlicher Termini aus.

#### *MMWF\_0102\_K*

Beide TeilnehmerInnen dieses Gesprächs sind weiblich, die Allgemeinärztin verfügt über einen Vertrag mit Krankenkassen. Die Praxis befindet sich in einer Großstadt, beide Sprecherinnen wählen eine standardsprachliche Variante mit leichten dialektalen Einflüssen. Ärztin und Patientin kennen sich aus früheren Gesprächen. Es handelt sich in diesem Fall um ein störungsfreies Folgegespräch, bei dem die Patientin Informationen über ein bestimmtes Medikament sowie Überweisungen zu FachärztInnen erhalten möchte. In diesem Zusammenhang ergibt sich eine kurze körperliche Untersuchung, bei der die Ärztin den Kopf und umliegende Regionen abtastet. Die Beziehungsgestaltung kann eher als partnerschaftliches Modell betrachtet werden, die Ärztin zeigt viel Verständnis und räumt der Patientin ausreichend Zeit für Ausführungen bezüglich ihres Zustandes ein. Sie lässt

weitschweifende Erklärungen und Erzählungen der Patientin zu und reagiert höflich und sehr verständnisvoll. Erst gegen Ende des Gesprächs als die Patientin ein nicht krankheitsrelevantes Thema initiiert und somit die Einleitung zur Beendigungsphase der Ärztin nicht akzeptiert, und schließlich nochmals ein neues Thema einführt, unterbindet die Ärztin implizit weitere diesbezügliche Ausführungen der Patientin. Die Redeverteilung fällt zugunsten der Patientin aus, deren Gesprächsbeiträge nehmen mit insgesamt 831 Wörtern mehr Gesprächszeit ein als jene der Ärztin (689 Wörtern).

Grundsätzlich tätigt die Ärztin viele Bestätigungen und personalisiert ihre Aussagen oftmals. Auffällig ist hierbei jedoch, dass die Ärztin auf die zu Beginn angekündigte und gestellte Frage der Patientin, welche den eigentlichen Grund des Besuchs darstellt, im gesamten Verlauf des Gesprächs keine explizite Antwort gibt.

#### *XNNW\_ET01\_W*

Das vorliegende Gespräch ereignete sich störungsfrei in der WahlärztInnenpraxis einer Allgemeinmedizinerin in einer Kleinstadt. Sowohl der Patient als auch die Ärztin wählen eher standardsprachliche Varianten, wobei zum Teil dialektale Einflüsse erkennbar sind. Die Ärztin nimmt 1465 Wortbeiträgen eindeutig mehr Redezeit in Anspruch als der Patient mit 871 Wörtern.

Dieses Gespräch findet im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung statt, es werden die gesamte Krankengeschichte des Patienten aufgearbeitet und die Befunde einer Blutuntersuchung besprochen. Zudem findet eine körperliche Grunduntersuchung statt, in deren Rahmen der Bauchraum abgetastet, der Brustkorb abgehört und der Mundraum begutachtet, sowie eine Blutdruckmessung vorgenommen wird.

Der Patient zeigt sich sehr kooperativ, die Ärztin wählt zur Beziehungsgestaltung ein eher dienstleistungsorientiertes Modell. Dem Patienten wird Raum gelassen, eigene Themen einzubringen und Fragen zu stellen, die Ärztin erkennt Relevanzsetzungen des Patienten und geht ausführlich auf dessen Anliegen ein. Auch während der körperlichen Untersuchung gibt sie ausreichend Informationen. Dominantes Thema ist in diesem Gespräch die Raucherentwöhnung des Patienten.

Tippen und Blättern begleitet die Ärztin zumeist mit erklärenden Redebeiträgen, gegen Ende treten hier jedoch auch Phasen des Schweigens auf.

Bemerkenswert ist ein Missverständnis bezüglich der Ursache für einen von der Norm abweichenden Wert, das zu Beginn der Interaktion entsteht, jedoch erst am Ende der Kernphase erkannt und geklärt wird.

Im Anschluss an diese notwendigen Vorinformationen erfolgt nun die eigentliche Analyse. Der Fokus wird hierbei auf Ablauf und Organisation von Gesprächsbeginn und Beendigung und von körperlichen Untersuchungen, sowie auf Reaktionen von ÄrztInnen auf Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen gelegt.

Zuerst wird eine deskriptive Analyse der einzelnen Gespräche vorgenommen, und schließlich Ergebnisse im Rahmen übergreifender Einheiten der einzelnen Fokuspunkte funktional ausgewertet.

## 6 Analyse

### 6.1 Gesprächsbeginn und Beendigung

Den Beginn der Interaktion einleitend und somit als die erste sprachliche Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, zeigt sich die Phase der Gesprächseröffnung als Einstieg in ein Gespräch über gesundheitliche Probleme und Beschwerden als ein zentraler Konstitutionspunkt für die weitere Beziehungsgestaltung (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 23). Sofern vorhanden, fällt auch die Platzzuweisung und Regelung der Sitzordnung in die Phase der Gesprächseröffnung. An dieser Stelle tritt die erste persönliche Anrede von PatientInnen und ÄrztInnen auf, welche wiederum Rückschlüsse auf die Konstitution der ÄrztInnen-PatientInnen- Interaktion zulässt.

Nowak definiert in seiner Systematik der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation sechs Handlungstypen, welche im Rahmen der Gesprächseröffnung in Erscheinung treten können:

- „1. Begrüßung
2. Vorstellung der ÄrztInnen
3. Situierung
4. Globale Orientierung über den Gesprächszweck und Gesprächsverlauf
5. Prinzipielle Nachfragemöglichkeit anbieten
6. Interaktiver Abschluss der Präliminarien“ (Nowak, 2010: 232 ff.)

Globale Orientierungen zu Gesprächsbeginn betreffen Gesprächszweck und -verlauf und dienen der Verdeutlichung von ärztlichen Gesprächszielen sowie der Offenlegung zeitlicher Rahmenbedingungen (vgl. Nowak, 2010: 238).

Vollständige Orientierungen welche zumeist in Erst- und Folgegesprächen auftreten und PatientInnen die Rolle der ErzählerInnen zuweisen, fördern grundsätzlich die Klarheit der Aussagen der PatientInnen. Ein Beispiel hierfür wäre etwa die Aussage: *„Wir beginnen heute mit der Ultraschalluntersuchung, die wird etwa 10 Minuten dauern. Danach werden wir Ihre Blutbefunde besprechen.“* durch ÄrztInnen zu Beginn des Gesprächs.

Im Sinne eines Ökonomisierens des Gesprächsverlaufs sollte es für beide TeilnehmerInnen möglich sein, sich konkret auf Inhalt, Qualität und Verlauf der Interaktion einzustellen (vgl. Lalouschek, 2005: 63). PatientInnen wird es erleichtert, Redebeiträge entsprechend ausführlich und angemessen zu gestalten, es kommt zu einer Verminderung von Unklarheiten, Wiederholungschleifen, unspezifischen Darstellungen und Missverständnissen. PatientInnen und ÄrztInnen befinden sich hier im selben Interaktionsmuster, eine Vertrauensbasis wird erzeugt. Besonders bei Erstgesprächen erweist sich eine gemeinsame Orientierungsphase als besonders sinnvoll (vgl. Lalouschek, 2005: 63; Nowak, 2010: 238 f.). Im Gegensatz dazu führen mangelnde oder missverständliche Orientierungen über Gesprächszweck und den folgenden Ablauf zu einer zeitlich aufwändigeren Aushandlung der Gesprächsbedingungen, sowie zu problematischeren Interaktionsprozessen. Die aktive Beteiligung von PatientInnen wird erschwert, ebenso zeigen sich negative Auswirkungen auf den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Daraus resultieren wiederum Einschränkungen der Effizienz der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion, da kein tragfähiges Arbeitsbündnis

entstehen kann, solange PatientInnen als solche nicht als Person, sondern lediglich als Informationsquelle erkannt werden (vgl. Lalouschek, 2005: 54; Nowak, 2010: 239).

Im Kontext von Gesprächseröffnungen scheint auch eine Berücksichtigung der Anredeform von Interesse zu sein. Obwohl eine Anrede im Sie- Modus vorherrschend ist, zeigen sich auch hier in den Gesprächen unterschiedliche Grade von Formalität. So sind beispielsweise nominale Formen, oder eine Anrede mittels Rollen- oder Titelbezeichnung üblich (vgl. Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997: 915- 921). Häufig findet sich auch die HörerInnenbezogene Verwendung des SprecherInnendeiktischen „wir“ (vgl. Zifonun; Hoffmann; Strecker, 1997: 930). Dieses „wir“ als Form einer Eigenbezeichnung kann in anderen Kontexten zusätzlich als „institutionelles Wir“ gebraucht werden, ÄrztInnen verwenden diese Form der Selbstreferenz im Plural üblicherweise um sich als Teil einer Praxis zu positionieren.

Was nun die Eröffnung des Gesprächs betrifft, so kann diese verschiedenartig gestaltet sein. Konkret stehen ÄrztInnen folgende Möglichkeiten der Gesprächseröffnung zur Verfügung (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 25 ff.):

- *Direkte Entscheidungsfrage*
- *Inhaltliche Frage*
- *Offene Frage*
- *Rituell- offene Frage*
- *Offene Aufforderung*
- *Inhaltliche Aufforderung*
- *Implizite Aufforderung*
- *Sich- zur- Verfügung- Stellen*

Mittels direkter Entscheidungsfragen versuchen ÄrztInnen Auskunft über im Vorfeld getroffene Vermutungen zu erhalten. Eine Gesprächseröffnung durch inhaltliche Fragen engt den Rahmen ein und versetzt PatientInnen in einen gewissen Handlungszwang, da eine Reaktion in Form einer Antwort auf die Frage erwartet wird. Inhaltlich wird PatientInnen bei offenen Fragen zwar mehr Raum zugestanden, der Handlungszwang zu antworten bleibt jedoch aufrecht. Rituell- offene Fragen bergen ähnliche Problematiken wie offene Fragen, bringen PatientInnen allerdings zusätzlich in die diffizile Lage, gleichzeitig auf ein Begrüßungsritual und die Aufforderung zur Beschwerdeschilderung reagieren zu müssen (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 25 f.).

Aufforderungen an PatientInnen ermöglichen es diesen, auf unterschiedliche Weisen zu reagieren, von ÄrztInnen vorgegebene sprachliche Formen bleiben jedoch weiterhin aufrecht und grenzen Handlungsspielräume von PatientInnen ein (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 26).

Im Gegensatz zu Fragen und Aufforderungen schaffen Gesprächseröffnungen, welche als „Sich- zur- Verfügung- Stellen“ der ÄrztInnen geartet sind, einen offenen Rahmen des Gesprächs, der es PatientInnen ermöglicht, ihre Beschwerdeschilderung den Bedürfnissen entsprechend zu realisieren und gleichzeitig diagnostisch aufschlussreiche Informationen für ÄrztInnen offen zu legen (vgl. Spranz- Fogasy, 2005: 27).

Unter Bezugnahme auf Praxisbeispiele verschiedener AutorInnen differenziert Nowak drei Ausformungen mangelhafter oder missverständlicher Orientierungen im Rahmen der Gesprächseröffnung und deren Auswirkungen.

Fehlende oder zu eng gefasste Orientierungen über Gesprächszweck und -verlauf führen demnach zu einer beschränkten Vorstellung der PatientInnen über den Ablauf des folgenden Gesprächs, der eigentliche Gesprächszweck bleibt in der Folge unklar (vgl. Lalouschek, 2004: 147; Nowak, 2010: 240).

Wird beim Gesprächseinstieg eine Frage ohne vorherige Orientierung oder konkrete Verbindung zum PatientInnenanliegen getätigt, orientiert sich das Ablaufschema also an der Wissenslogik der ÄrztInnen, beeinflusst dies den weiteren Verlauf des Gesprächs in mehrerlei Hinsicht. PatientInnen wird eine passive und auf Reaktionen beschränkte Gesprächsrolle zugewiesen, die Funktion der ärztlichen Frage bleibt für PatientInnen unklar. Da PatientInnen dennoch immer wieder auf unterschiedliche Art und Weise versuchen, ihre Anliegen einzubringen, kann hierdurch ein chaotischer Gesprächsverlauf entstehen (vgl. Lalouschek, 2005: 56; Nowak, 2010: 240).

Selbstgewählte Gesprächseröffnungen durch ÄrztInnen ohne Orientierungen ermöglichen ÄrztInnen zwar die Kontrolle über Ablauf und Inhalt des Gesprächs zu behalten, PatientInneninitiativen werden so jedoch verhindert (vgl. Nowak, 2010: 240 f.; Raspe; Siegrist 1979: 128; Quasthoff, 1982: 75).

Ebenso wie Gesprächseröffnungen stellen Gesprächsbeendigungen interaktive Prozesse dar. Da auch hier ein Einverständnis aller GesprächsteilnehmerInnen notwendig ist, führen einseitige Beendigungen oder ein Nichtakzeptieren vielfach zu Unzufriedenheit bei PatientInnen und ÄrztInnen (vgl. Nowak, 2010: 333). Oftmals zu beobachten ist hier das Phänomen der „Türgriffgespräche“, das sogenannte „by the way syndrom“ (vgl. West, 2007: 380). Beschrieben werden mit diesen Begriffen jene sprachlichen Handlungen von PatientInnen, welche zur Einführung eines neuen, oftmals emotional aufgeladenen Themas in der Beendigungsphase führen (vgl. Nowak, 2010: 333; West, 2007: 380). Gleichsam frustrierend wie diese Situation für ÄrztInnen ist, ist für PatientInnen ein ärztliches Gespräch, in dem sie keine Möglichkeit hatten, ihnen wichtige Themen anzusprechen (vgl. West, 2007: 380). Was nun die Einführung völliger neuer Themen durch PatientInnen in der Beendigungsphase eines Gesprächs betrifft, so zeigt sich, dass PatientInnen eher selten völlig neue Themen aufgreifen. Ist das der Fall, dann geschieht dies meist jedoch nur, wenn zuvor in gewisser Art und Weise eine Initiative von ÄrztInnen getroffen wurde (vgl. West, 2007: 409, 414).

Neben der Bedeutung der Gesprächsbeendigung als Abschluss des Gesprächs stellt diese Phase der Interaktion zudem den Ausgangspunkt für jegliche weiterführende Behandlung dar, und definiert so auch die weitere Entwicklung des Arbeitsbündnisses zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (vgl. Lalouschek, 2005: 70).

Auch die Anschlussfähigkeit, also jene sprachlichen Handlungen, welche die weitere Betreuung von PatientInnen sichern, manifestiert sich zumeist in der Beendigungsphase der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation. Es handelt sich hierbei um eine Form jener

Sprechhandlungen, welche zur Compliance- und Concordance- Förderung maßgeblich beitragen (vgl. Menz; Plansky, 2010: 12). In Ermangelung einer wissenschaftlich einheitlichen Definition von „Anschlussfähigkeit“ werden für die vorliegende Analyse in Anlehnung an West (2007) vorwiegend Verweise auf bevorstehende Termine oder Untersuchungen und das Wiederaufgreifen bereits vereinbarter Abmachungen als anschlussfähigkeitsfördernde Elemente verstanden.

In Nowaks Systematisierung, an der sich auch die Analyse der Gesprächsbeendigungen orientiert, werden vier Komponenten eines Gesprächsabschlusses differenziert (vgl. Nowak, 2010: 335 ff.):

- *Zusammenfassung des Gesprächs*
- *Abschließende Nachfragemöglichkeit*
- *Orientierung über zukünftige Schritte*
- *Explizite Formulierung des Gesprächsabschlusses*

Den hier angeführten globalen Orientierungen schreibt Lalouschek (2005: 70) in dieser Phase des Gesprächs die Funktion zu, einerseits eine Hilfe für ÄrztInnen selbst zu bieten, um zu eruieren, ob PatientInnen noch nicht besprochene Anliegen haben, und inwiefern Fragen offen geblieben sind. Andererseits wird es PatientInnen so ermöglicht, Informationen über den weiteren Verlauf zukünftiger Gespräche oder Untersuchungen zu erhalten. Hierbei bildet eine erste Einschätzung oder Bewertung der Beschwerden sowie eine mögliche gemeinsame Besprechung des weiteren Vorgehens bezüglich konkreter Behandlungen eine Unterkategorie der Orientierungen über zukünftige Schritte (vgl. Lalouschek, 2005: 70; Nowak, 2010: 335).

Was nun lexikalische Elemente einer Verabschiedung betrifft, so können diese zum Teil große Ähnlichkeiten mit „herkömmlichen Gesprächen“ aufweisen. Verabschiedungen welche neben Grußworten und gebräuchlichen Verabschiedungsformeln Dankesworte enthalten, deuten im Gegensatz dazu auf eine dem ÄrztInnengespräch innewohnende „Serviceleistung“ hin, PatientInnen befinden sich hierbei, abhängig vom jeweiligen Modell der Beziehungsgestaltung, eher in der Position von VersorgungsempfängerInnen, wohingegen ÄrztInnen dadurch meist die Rolle der „VersorgerInnen“ zugeschrieben wird (vgl. West, 2007: 390).

Im Folgenden werden die einzelnen Gespräche bezüglich der jeweiligen Gestaltung der Begrüßungs- und Beendigungsphase untersucht.

### 6.1.1 Deskriptive Analyse der Einzelgespräche

#### YNOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

[1]

A [v]	(( 5 s )) S ò d á . (Griß Sie).
P [v]	(Grüß Gott), Herr Doktor. Vielen Dank, •• dass Sie mi ins Spitol
[Komm]	Tür geht auf

[2]  
 A [sup] *schnell und leise*  
 A [v] (Bitte, bitte). Aha□!  
 P [v] überwiesen homb, weil aus dem Insektenstich is a (Eisenbrot) worrn.

[3]  
 P [v] Jo□, ((ea)) ((lachen)) ((aa)) ((2s)) Und i bin jetzt eigentlich •• zu Ihna kumman,  
 P [nv] *leichtes Lachen* *schluckt*

[4]  
 P [v] weil i net genau gwusst hob... ••• Weil s ma draußen gsogt hom, •• des... ••I

[5]  
 P [v] hob nuar no so (Flausaln). ••• Des mocht der Oarzt. Und, •• i •• ... Waaß i net,

[6]  
 P [sup] *schneller und wird leiser*  
 P [v] wie s weidageht, wegat\_dam Wechsel und donn wos i holt mochen muass, oda?

[7]  
 A [sup] *sehr langsam langsam schnell und sehr leise*  
 A [v] •• Woarten S. Sofuart, i schau nuar grad de ••• Präperate an. ( )  
 A [nv] *murmelt, liest Befund*  
 P [v] Jo□

[8]  
 A [sup] *scharf und gedehnt*  
 A [v] (relativ genau •• kontrolliert werrn). ••Ssoo□. ((3s)) Ich  
 A [nv] *o.Ä. vor*  
 P [v] •• Do is... ( ).  
 P [nv] *murmelt*

[9]  
 A [v] glaube, wir haben ihn schon. Das ist der...  
 P [v] Aha□. •• Kuarzbericht is do drinnen.

[10]  
 A [v] ((1,5s)) Erstbericht. I hob den Erstbericht. Genau,  
 P [v] Oda... Kurzbericht steht do, jo□□ eh.

[11]  
 A [v] des is der vom Siemnazwanzigsten. Und...  
 P [v] Ersbericht... hmhm□ ((3s)) In Zeiten, wie diesen,

[12]  
 A [sup] *leise* *gedehnt*  
 A [v] ((2s))Und? Wie schaut s jetzt aus? Iss...  
 P [v] is des jo□□ eh scho... ((9s)) ((räuspern))

Der Arzt markiert den Beginn der Interaktion mit der Gliederungspartikel „Sòdá“ und schließt die Begrüßung „Griaß Sie“ an. Diese findet gleichzeitig mit der vom Patienten getätigten Begrüßung „Grüß Gott“ statt, hierbei manifestiert sich die Verwendung des Sie- Modus. Nach dieser Überlappung übernimmt der Patient den Turn und adressiert den Arzt direkt unter Verwendung der Rollenbezeichnung. Er bedankt sich anschließend für die Überweisung des Arztes und macht so auf dessen richtiges Handeln aufmerksam (Zeile 1- 2). Bevor der Patient seinen Turn beendet, reagiert der Arzt auf die getätigte Gesprächshandlung des Bedankens in Form einer Überlappung (Zeile 2 „[(Bitte], bitte.)“). Nachdem der Patient seinen Redebeitrag beendet hat, reagiert der Arzt mit der Interjektion „Aha□!“ (Zeile 2). Die Intonation lässt hier darauf schließen, dass der Arzt von der neuen Information des Patienten überrascht ist.

Eine Orientierung bezüglich des weiteren Verlaufs ist ab Zeile 7 zu erkennen. Der Arzt informiert den Patienten hierbei darüber, dass er noch gewisse Dokumente suchen muss, und sich daher erst nachdem dies erfolgt ist, dessen Anliegen widmen kann (Zeile 7- 10 „*Woarten S. Sofuart, i schau [nuar] grad de • • • Präperate an. [...] Ssoo □ [...] ((3s)) ich glaube, wir haben ihn schon. [...] Das is der ...[...] Erstbericht. [I hob] den Erstbericht.*“). Hierbei verwendet der Arzt die „wir- Form“, und betont besonders die Kürze des Suchvorgangs („*Sofuart*“; „*i schau nur grad*“). In dieser etwas längeren Sequenz kommt es immer wieder zu unterstützenden Unterbrechungen des Patienten, mittels Minimalbestätigungen macht er deutlich, dass er mit dem Vorgehen des Arztes einverstanden ist.

Die offenen Fragen sowie deren Spezifizierung in Zeile 12 („*Und? Wie schaut s jetzt aus? Iss...*“) sind an der Schnittstelle von Gesprächsbeginn und Kernphase zu verorten, da die Phase der körperlichen Untersuchung eingeleitet wird, und somit mit der vorliegenden Aussage ein Abschluss der Eröffnungsphase vorliegt.

[128]

<b>A [v]</b>		((ea)) • • I schau gleich, (gö)? Bitte.
<b>P [v]</b>	• Dankeschön, auf jeden Fall.	Danke.

Die eigentliche Gesprächsbeendigung findet in Zeile 128 statt, in welcher sich der Patient beim Arzt bedankt. Dieser reagiert mit einer Orientierung im Rahmen eines Ausblicks auf das aktuell weitere Vorgehen („*I schau gleich, [gö?] Bitte.*“), wobei der Patient hier in Form einer Unterbrechung erneut ein „*Danke*“ äußert, und sich auf diese Weise mit der Entscheidung des Arztes über den weiteren Verlauf einverstanden zeigt. Es ist an dieser Stelle jedoch zu erwähnen, dass Bestandteile einer Gesprächsbeendigung, also eine Zusammenfassung des Gesprächs und Orientierungen über weitere Schritte bereits an früherer Stelle im Gespräch auftreten. In Zeile 106 macht der Arzt beispielsweise mit einem abschlussgliedernden „*gut*“ auf einen Übergang im Gespräch aufmerksam.

[106]

<b>A [sup]</b>		<i>kurz</i>
<b>A [v]</b>	net weg, • net?	((ea)) • • • Gut. Frau [Name] huilt Ihna
<b>P [v]</b>	Diea is no net weg. • • hmhm □	Guat, Danke! Jo □

[107]

<b>A [v]</b>	donn eh... (Sie bleim bequem) (sitzen).Jo □, weil s an Bleedsinn is, wiea gsogt,
<b>P [v]</b>	Also i dearf do sitzen bleim? Jo □ Jo □

[108]

<b>A [v]</b>	draußen... Sie kummt donn eh glei eina, • gö?
<b>P [v]</b>	Dankeschön! • • Danke. (Früh) moarn

Der Arzt leitet hierbei im Rahmen einer metadiskursiven Markierung das Ende dieser Gesprächsphase ein („*((ea)) • • • Gut. Frau [[Name] huilt Ihna donn eh]...*“). Er macht mit dieser lokalen Orientierung klar, dass Besprechung und Untersuchung beendet sind, und nun das Wechseln des Verbandes durch eine andere Person vorgenommen wird. Der Patient reagiert hierauf schließlich mit einem Bedanken beim Arzt, was darauf schließen lässt, dass auch er ein baldiges Ende des Gesprächs erwartet. Hierauf wiederholt der Arzt

den aktuellen weiteren Ablauf, auf die Ankündigung des Patienten am nächsten Tag wieder zu kommen, reagiert er bestätigend und fügt eine erneute Erklärung an.

Obwohl der Patient die Aussage mit Minimalbestätigungen begleitet, ist ihm nicht klar, wo dieses Wechseln des Verbandes stattfinden wird, er fragt daher beim Arzt nach (Zeile 107 „[Also i darf do sitzen bleim?]“). Dieser beantwortet seine Frage, gibt eine dekontextualisierte Antwort, bricht diese jedoch ab und tätigt in Zeile 108 eine zusätzliche lokale Orientierung bezüglich des weiteren Ablaufs („[Sie] kummt donn eh glei eina, • gö?“). Im Anschluss beginnt der Arzt mit einer Besprechung allgemeiner Thematiken, welche wenig bis keinen konkreten Zusammenhang mit dem Zustand des Patienten aufweisen. Diese sind recht ausführlich gestaltet und bilden somit einen eigenen Gesprächsabschnitt. Die Überleitung zur Verabschiedung in Zeile 108 tritt sehr abrupt auf. Da jedoch bereits im Vorfeld Komponenten einer Gesprächsbeendigung getätigt wurden, kann diese nicht nur in Zeile 108 festgemacht werden. Was das Angebot der Klärung möglicher Unklarheiten betrifft, so wird dem Patienten jedoch weder gegen Schluss der Kernphase noch in der Beendigungsphase die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen.

#### YDOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

[1]

A [sup]		gedehnt
A [v]	((10s))	Soo□. Guten Moorgen, • • Grüß si Gott.
P [v]		Grüß Gott Herr Doktor.
[Komm]	Hintergrundgeräusche; Arztpraxis	

[2]

A [v]	Bittesehr, Frau [ N a m e ] .	
P [sup]		schneller
P [v]	Herr Doktor	i hob a Problem mit am Knie•und zwoar bin i
P [akz]		-

Mit der Gliederungspartikel und der anschließenden Begrüßung (Zeile 1 „Soo□. Guten Moorgen, • •“) wird von Seiten des Arztes der Beginn des Gesprächs markiert, die folgende Wiederholung der Begrüßung („[Grüß si Gott]“) findet im Rahmen einer Überlappung mit dem Turn der Patientin statt (Zeile 1 „[Grüß Gott Herr] Doktor.“). Die Patientin wählt den Sie-Modus und gebraucht eine Ansprache des Arztes in Form einer Rollenbezeichnung. Der Arzt übernimmt den Turn und tätigt eine implizite Aufforderung in Kombination mit einer direkten Adressierung der Patientin mittels Zuname (Zeile 2 „Bittesehr, Frau [[Name]].“). Die Patientin versteht die Aufforderung und beginnt, in Überlappung mit der Erwähnung durch den Arzt mit der Darstellung ihrer Beweggründe für das Aufsuchen der Praxis. Sie stellt hierbei erneut eine direkte Adressierung des Arztes an den Anfang ihres Gesprächsbeitrags und verwendet die Rollenbeschreibung „Herr Doktor“ um auf den Arzt zu referenzieren. An dieser Stelle ist der Beginn der Beschwerdeschilderung zu verorten, die Begrüßungsphase ist somit abgeschlossen.

[77]

A [sup]	<i>langsamer und gedehnt</i>
A [v]	Verdacht auf((2s)) Kreuzband• • •läsion • links vorne. ((3s)) ( )
A [nv]	<i>tippen</i>
[Komm]	<i>Computergeräusche A sagt, was er schreibt</i>

[78]

A [sup]	<i>schneller</i>
A [v]	links. „So□! ((1,5s)) Do huilen S Ihna beim Bandagisten, wonn S einifoahrn zum
A [nv]	

[79]

A [sup]	
A [v]	bewilligen... ((ea)) (Schwarzl) anrufen, Bewilligung hiuln, • jo□? Und do
P [v]	hmhm□ hmhm□

[80]

A [v]	hiuln S Ihna beim Bandagisten... Des is so a Kniegelenksbandage. ((3s))
A [akz]	-
P [sup]	<i>schneller</i>
P [v]	hmhm□ hmhm□

[81]

A [v]	Und donn miassat des, wonn in Recht hob, • • • ah • • fost umgehend besser
A [akz]	-

[82]

A [v]	weran. ((1s)) Gö? • • • Moch ma des aso? • • Und Sie
A [nv]	<i>tippen</i>
P [sup]	<i>leise</i>
P [v]	• • hmhm□ • • • hmhm□

[83]

A [v]	nehman ma a Schmerztabletten, F r a u [ N a m e ] . ((2s)) (Sunst)
P [v]	(Darf ma)

[84]

A [v]	schimpf i vielleicht amol. ((lachen)) ((6s))
P [v]	((lachen))
[Komm]	<i>Hintergrundgeräusche, Arztpraxis.</i>

Die eigentliche Verabschiedung gestaltet sich in diesem Gespräch ohne eine Grußformel, es treten jedoch andere typische Elemente einer Beendigungsphase ärztlicher Gespräche auf. Einerseits leitet der Arzt mit einem stark betonten Gliederungssignal „So“ in Zeile 78 und einer darauffolgenden 1,5- sekündigen Pause einen Übergang in eine neue Phase des Gesprächs ein. Er erklärt hierauf im Rahmen einer Orientierung das weitere organisatorische Vorgehen (Zeile 78- 82), wobei er an dieser Stelle abschließend eine Rückfrage tätigt (Zeile 82 „Gö? • • • Moch ma des aso?“). Die dialektale Form des „gell“ fordert von der Patientin eine Bestätigung und wirkt zudem sequenzschließend, da hiermit ein Sachverhalt bereits als gemeinsames Wissen vorausgesetzt wird. Da der Arzt bereits an anderer Stelle ähnliche Anweisungen an die Patientin erteilt hat, ist diese Funktion des „Gö?“ durchaus denkbar. Auch die darauf folgende Rückfrage, welche mittels der „wir- Form“ realisiert ist, fordert eine Reaktion der Patientin.

Die Patientin reagiert hier mit einer Bestätigung („hmhm□“) in Zeile 82, wobei diese hier Konvergenz mit der Aussage des Arztes ausdrückt. Hierbei wäre es auch möglich, dass die Patientin bereits im Vorfeld diesbezüglich informiert wurde, und diese Partikel einen Ausdruck dessen darstellt. Anschließend tätigt der Arzt eine Aufforderung, welche er mit einer direkten Adressierung der Patientin abschließt, seine darauffolgende Aussage stellt

scherzhaft ein „Schimpfen“ in Aussicht. Als Reaktion hierauf lachen beide GesprächsteilnehmerInnen, das Gespräch wird hierdurch beendet.

QTNM\_0501\_W

Allgemeinmediziner | WahlärztInnenvertrag

[1]

A				<i>lauter</i>
A [v]	So, grüß Gott.		Griaß guat.	Sooo.
P [v]		• Grüße Sie Herr Doktor, grüß Gott!		Grüß Gott.

[2]

A [v]	Schau ma Herr Magister. Was derf i tuan?		Bitte.	
P [v]	Ja.	Ja.	Na, i mach s ganz ku rz.	Iäh...
P			--	
U [v]				Die Ergebnisse

In Zeile 1 eröffnet der Arzt das Gespräch mit der Gliederungspartikel „So“ und schließt direkt eine Begrüßung an („grüß Gott“). Der Patient reagiert hierauf mit einer Erweiterung der Grußformel des Arztes, fügt eine direkte Adressierung durch dessen Rollenbezeichnung an, und wiederholt hierauf die Begrüßung. Mit einem dialektalen „Griaß guat“ reagiert der Arzt, worauf dies der Patient schließlich wiederholt.

Mit der gedehnt und lauter realisierten Gliederungspartikel „Sooo“ macht der Arzt schließlich erneut auf einen Übergang aufmerksam. Er führt den als Orientierung über den weiteren Verlauf dienenden Turn mit „Schau ma [Herr] Magister. [Was] derf i [tuan]?“ fort, wobei durch die Verwendung der „wir- Form“ einerseits ein partnerschaftliches Arbeitsbündnis hergestellt wird und die Anredeform des Patienten bei seinem Titel als sehr höflich und respektvoll eingestuft werden kann. Der Arzt wählt die Variante des „Sich- zur- Verfügung- Stellens“. Hierbei begibt sich der Arzt aktiv in die Rolle eines Dienstleisters und verstärkt dies durch die Verwendung des modal schwachen Verbs „dürfen“, welches verdeutlicht, dass der Arzt hier nicht nur Aufträge des Patienten ausführt, sondern dessen Erlaubnis dafür benötigt. Der Patient reagiert in Zeile 2 mit der Vorinformation, dass er seine Ausführungen beziehungsweise das Gespräch im Gesamten kurz halten möchte, der Arzt tätigt schließlich mit einem „Bitte“ erneut eine implizite Erzählaufforderung. Der Patient versteht diese und beginnt seine Erzählung, wird dabei jedoch von einer dritten Person unterbrochen.

[163]

A [v]	Ja jetzt geh...Ja genau. Ja, so dass Sie möglichst bald wieder	• alles machen
A		-----
P		<i>nuschelt</i>
P [v]	)).	((

[164]

A [v]	können, was Sie wollen, ja, ja. Gut. Des darf ich Ihnen so geben?
P	
P [v]	)). Gut. Ihr Stempel und

[165]

A [v]	Is schon allesfertig. Das is für den Orthopäden. Des is Ihr wunderschöner
P [v]	Unterschrift is drauf. Okay. Ja.

[166]

A [v]	Blutbefund. Herr Magister, alles Guate. Bis zum nächsten Mal. (( )).
P [v]	Ja. Danke schön. Danke schön.

[167]

A [v]	Bitte. Super!Danke schön. Wiederschauen.
P [v]	Also i mach des jetzt genau,ge? Danke. Wiederschen.

Die Verabschiedungssequenz wird hier durch die Übergabe von Dokumenten an den Patienten eingeleitet, welche nach einer kurzen Erklärung einer Überweisung durch den Arzt erfolgt (Zeile 164). Die Formulierung „[Gut.] Des darf ich Ihnen so geben?“ leitet eine neue Gesprächssequenz ein, und dient zur Orientierung für den Patienten. Die fragende Aussage beinhaltet auch hier das Modalverb „dürfen“, wodurch erneut Höflichkeit ausgedrückt wird, da dem Patienten hier augenscheinlich eine Entscheidung obliegt. Die Reaktion des Patienten betrifft eben diese Dokumente, er möchte sicherstellen, dass alle vollständig ausgefüllt sind. Nachdem der Arzt in einer Überlappung einerseits klarmacht, dass dies der Fall ist, gibt er zusätzlich gibt spezifizierende Erklärungen zu den einzelnen Dokumenten. Der Patient reagiert hier mit Bestätigungen während dem Gesprächsbeitrag des Arztes. Nach einer erneuten Bestätigung des Verstehens und der Konvergenz in Zeile 166 leitet der Arzt die eigentliche Beendigung ein, indem er den Patienten direkt adressiert, wobei er hier den Titel des Patienten verwendet, und eine rituelle Verabschiedung „[Herr Magister], alles Guate.“ setzt. Im direkten Anschluss stellt er ein erneutes Treffen in Aussicht („Bis zum nächsten Mal.“). Der Patient reagiert mit einem „[Danke schön], Also i mach des jetzt [genau, ge?]“. Einerseits bedankt sich der Patient, zusätzlich gibt er einen recht vage formulierten Ausblick auf seine folgenden Handlungen, wobei der Arzt hier im Rahmen einer Überlappung ein „Bitte“ äußert. Diese Bitte kann als Aufforderung an den Patienten verstanden werden. Sie legt nahe, dass der Arzt diesen Vorschlag gut bewertet, als Bitte formuliert ist der Patient hier jedoch eindeutig die Person, welche die schlussendliche Entscheidungsmacht hat. Der Arzt reagiert mit einer positiven Bewertung des Gesagten und bedankt sich ebenfalls beim Patienten. Dieser erwidert im Rahmen einer Überlappung mit „Danke“. Hierauf leitet der Arzt die eigentliche Verabschiedung mit der Grußformel „Wiederschauen.“ ein, auch der Patient reagiert mit einem „Wiedersehen.“, die Interaktion gilt somit als beendet.

### POWW\_2500\_K

Allgemeinmedizinerin | Kassenvertrag

[1]

A [v]	Grüß Sie Gott,bitteschön.((3,5s)) Wie geht s Ihnen?
P [v]	Grüß Gott. Schlecht.

[2]

A [v]	• Das is schlecht.
P [v]	Hab wieder eine neue Entzündung. Alles weck

In diesem Gespräch geht die erste Begrüßung („Grüß Gott“) in Zeile 1 von der Patientin aus, die Ärztin reagiert hierauf mit einem „Grüß Sie Gott, bitteschön.“. Die darauffolgende 3,5-sekündige Pause sowie die Hintergrundgeräusche lassen darauf schließen, dass die Ärztin mit dem „bitteschön“ eine Platzzuweisung vornimmt. Sie schließt mit einer rituell- offenen Frage („Wie geht s Ihnen?“) an, worauf die Patientin sehr knapp mit „Schlecht“ reagiert. Nach einer Mikropause kommentiert die Ärztin die Aussagen zum Gesundheitszustand der

Patientin, welche schließlich in Zeile 2 mit der Krankenerzählung beginnt. Die Form der Ansprache ist hier im Sie- Modus gestaltet, wobei direkte Adressierungen beim Namen oder durch Rollenbezeichnungen in der Gesprächseröffnungsphase nicht vorkommen.

[80]  
 A [v] alles ja, drunter.((4s)) Also. Das Antibiotikum is/hat  
 A [nv] schreibt blättert  
 P [v] Ja, eben. ((3s)) Hm□

[81]  
 A [v] dreißig Stück. Packung, ja? Drei Mal am Tag, für zehn Tage. •  
 P [v] Hm hm´

[82]  
 A [v] Uuund alle acht Stunden, und (Parkimed) das kennen Sie ja? Und  
 P [v] Hm hm´

[83]  
 A [v] das ist Ihre Krankmeldung. Wir sehen uns am Montag! Sollte es,  
 P [v] Hm hm´

[84]  
 A [v] wie gesagt schlechter werden, hoch fiebern, dann bitte kommen Sie.

[85]  
 A [v] (Gut). Okay? Alles Gute. Wiedersehen.  
 P [v] Okay. Is gut. Danke (vielmals). (Wiederschauen).

[86]  
 P [v] Wiedersehen.

Die Phase der Beendigung des ÄrztInnen- PatientInnen- Gesprächs wird hier erstmals in Zeile 80 eingeleitet. „Also“ begleitet von einem Schreiben der Ärztin leitet zu einem Themenwechsel über, welcher die Dosierung der Medikation beinhaltet. Es handelt sich hierbei um keine neue Information, die Ärztin hat bereits an anderer Stelle im Gespräch eine diesbezügliche Erklärung abgegeben. Die Patientin signalisiert ihr Verstehen und Einverständnis schon frühzeitig im Rahmen einer Überlappung mit einem „Hmhm“ (Zeile 81). Die Ärztin beendet ihren Turn mit einer direkten Ja- /Nein- Frage „[...] das kennen Sie [ja?]" wobei dies auch hier von der Patientin bestätigt wird. Damit verweist die Ärztin implizit auf die Krankheitserfahrung der Patientin, das „ja“ am Ende zeigt auf, dass die Ärztin hier ein gewisses Erfahrungswissen der Patientin voraussetzt. In einem weiteren Schritt übergibt die Ärztin der Patientin eine Krankmeldung und verweist im selben Turn auf den nächsten Termin (Zeile 83 „Wir sehen uns am Montag!“). Dies kann als Orientierung über das weitere Vorgehen verstanden werden. Erneut bestätigt dies die Patientin und die Ärztin fährt fort, indem sie der Patientin zusätzliche Handlungsanweisungen für den Fall einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gibt. Die Patientin tut ihr Verstehen mit einem Responsiv „Okay.“ kund, die Ärztin bestätigt dies mit einem „gut“, worauf die Patientin nochmals ihr Verstehen und Einverständnis signalisiert. Gleichzeitig mit dem „Danke“ der Patientin in Zeile 85 wiederholt die Ärztin die Wortwahl der und fragt erneut nach dem Einverständnis („[Okay?]“), wobei hierauf keine direkte Reaktion der Patientin erfolgt. Schließlich formuliert die Ärztin mit der ritualisierten Form „Alles Gute“ eine Verabschiedung, die Patientin tätigt gleichzeitig eine Grußformel „(Wiederschauen)“, auf welche die Ärztin

ebenfalls mit einem „Wiedersehen“ reagiert. Abschließend wiederholt die Patientin die Grußformel der Ärztin und das Gespräch wird beendet.

GTNF\_0201\_W

Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

[1]

A [v]	Frau [Name], bitte! ((3s)) Ja grüß Sie Gott! ((aa)) • • Soo,
P [v]	Hallo. Grüß Sie! Ich hab mi

[2]

A [v]	Ja natürlich. ((1s)) Ah ...
P [v]	wieder getraut zu kommen. Mir tun amal bitte
[Komm]	Türe wird geschlossen

[3]

A [v]	Jo, klor. Mach ma. ((1s))
P [sup]	leise
P [v]	de Spritzen, ((ea)) ((aa)) und dann hätt ich eine Frage.

[4]

A [v]	Na dann mach ma mal die Frage, weil das Spritzen is e so eine • Tortur
P [v]	Weil dann ... ((1s))
P [nv]	nimmt ein

[5]

A [nv]	tippt am Computer
P [v]	Folgendes. Mein Mann ((aa)) is ja mit da Prostata jo ah
P [nv]	Blatt Papier zur Hand

Nachdem die Ärztin die Patientin mit einer Kombination aus „Frau“ und dem Zunamen hereinruft und mit einem „Bitte“ eine Platzzuweisung vornimmt, entsteht eine dreisekündige Pause. Schließlich signalisiert sie mit einem „[Ja] grüß Sie Gott“, welches gleichzeitig mit einem „Hallo“ der Patientin verbalisiert wird, ihre Gesprächsbereitschaft. Die Patientin fügt eine weitere Begrüßung hinzu, sie passt sich hier leicht an die von der Ärztin gewählte Form der Vertrautheit an und übernimmt Teile aus deren Grußwort (Zeile 1 „Grüß Sie.“).

Nachdem in diesem Gespräch schon im Vorhinein für beide Teilnehmerinnen bekannt ist, aus welchem Grund die Patientin in der Praxis erscheint, stellt die Ärztin hier keine Frage oder Erzählaufforderung an die Patientin, sondern macht mit der lang gezogenen Gliederungspartikel „Soo“ den Beginn einer neuen Phase deutlich. In diesem Zusammenhang kann „soo“ jedoch auch als Antwortpartikel gesehen werden, welche hier handlungskommentierend in Erscheinung tritt. Die Ärztin macht damit klar, dass dieser Gesprächsabschnitt beendet ist, der Auftakt der Kernphase ist somit vollzogen. Diese Partikel verweist in dem Zusammenhang auf etwas aktuell Gegebenes, die Hörerin ist hier gefordert zu erkennen, welcher konkrete Verweis hier getätigt wird.

[160]

A [v]	Jo wirklich. ((7s)) So. Is
P [v]	• • Keine ... Sie sehn ja keine blauen Flecken, nichts.

[161]

A [v]	wieda da Computer obgstürzt in da Zwischenzeit.
A [nv]	drückt auf einen Kugelschreiber schreibt
P [v]	((4s))

[162]	A [v]		Ja. ((2s)) Auch
	A [nv]		
	P [v]	Hom Sie mir mein Rezept a schon ((1s)) ausgedruckt?	
[163]	A [v]	unterschrieben, Sie müssen s nur mehr einpacken—	(( ))
	P [v]		
[164]	A [v]	Hm' ((6s))	(( )).
	A [nv]	<i>betätigt die Computermaus</i>	
	P [v]		((3s)) (( ))
[165]	A [v]		Ja.
	P [v]	((ea)) ((2s)) I wer schau'n ob i Mittwoch kumm oder Dienstag. Am Dienstag	
[166]	A [v]		Ja. Ja. Ja. Genau. Genau.
	P [v]	sin Sie eh Nachmittag auch.	((5s)) Gut, Frau (( ))).
[167]	A [v]	Alles Liebe,	alles Gute.
	P [v]	Ich bedanke mich und schöne ...	Ihnen auch und schönes
[168]	A [v]	Danke. Ebenfalls.	Danke.
	P [v]	Wochenende.	Wiedersehn.

Nachdem die ärztliche Untersuchung abgeschlossen ist, findet nach einer siebensekündigen Pause und einem anschließenden „so“ mit Gliederungsfunktion ein Phasenübergang statt, indem der Absturz des Computers und auf Nachfrage der Patientin die Ausstellung eines Rezepts von der Ärztin kommentiert wird. Hierauf versichert sich die Patientin, ob die notwendigen Unterschriften der Ärztin bereits vorliegen. Die Einleitung der Verabschiedungsphase wird schließlich von der Patientin gestaltet, indem sie in Zeile 165 ihren nächsten intendierten Besuchstermin bekannt gibt. Die Ärztin reagiert hierauf mit einer Reihe von Bestätigungen. Die dreimalige Wiederholung von „ja“ sowie die anschließend doppelte Verwendung des Responsivs „Genau.“ machen hier der Patientin ihre Zustimmung deutlich. Konvergenz wird also intensiv zum Ausdruck gebracht, die oftmalige Verwendung lässt jedoch nicht ausschließen, dass die Ärztin den Sachverhalt als gegeben annimmt.

Schließlich übernimmt die Patientin auch die Einleitung der Verabschiedung. Nach einer Pause von fünf Sekunden gliedert sie mit einem „Gut“ die Überleitung, und formuliert einen expliziten Dank. Sie adressiert hierbei die Ärztin gleich zu Beginn des Turns, bedankt sich und schließt mit einem Wunsch ab (Zeile 167 „*Ich bedanke [mich und] schöne...*“). Dieser wird jedoch durch zwei aufeinanderfolgende, ritualisierte Grußformeln der Ärztin unterbrochen („*[Alles Liebe,] [...] alles Gute*“). Die erste Formel ist eher persönlich gestaltet und für den Kontext der medizinischen Kommunikation unüblich.

Die Patientin reagiert mit einer Erwidern und formuliert einen weiteren Wunsch (Zeile 167-168 „*Ihnen auch und schönes Wochenende*“), die Ärztin bedankt sich und erwidert auch hier den Wunsch („*Danke. Ebenfalls.*“). Mit einem „*Wiedersehn*“ verabschiedet sich die Patientin, die Ärztin bedankt sich im Anschluss, und das Gespräch gilt als beendet.

## OISM\_0601\_W

Internist | WahlärztInnenvertrag

[1]

[k]	Hintergrundgeräusche und Frauenstimme ((52s))Handy klingeln ((9s))
-----	--

[2]

A [v]	Bitte, Frau(( ))Grüß Gott, Bitte! Ja, wunderschöne
[k]	Telefongespräch ((26s))

[3]

A [v]	Werte, olle beide! Das ham Sie gut gemacht. Olles
P [v]	Sehr schön. Von Cholesterin auch und des olles?

Der Gesprächsbeginn gestaltet sich hier sehr direkt. Der Arzt tätigt, nach einer das Gespräch einleitenden Aufforderung in Form von „Bitte“, eine Anrede der Patientin mit der Kombination aus Frau und dem Zunamen („Grüß Gott,“). Mit der im direkten Anschluss erfolgenden Wiederholung des „Bitte!“, geht der Arzt mit „Ja, wunderschöne Werte, olle beide!“ in Zeile 2-3 zum Befundgespräch über. Das „ja“ leitet hier einen neuen Abschnitt im Gespräch ein und dient gleichzeitig der Kontinuitätssicherung, da der Arzt hierdurch sein Rederecht behält. Eine weitere mögliche Funktion dieser Partikel wäre hier eine Diskursbeschleunigung. An dieser Stelle meldet sich die Patientin erstmalig zu Wort, indem sie mit „Sehr schön.“ auf die Information des Arztes reagiert. Verbale Begrüßung findet ihrerseits keine statt, sie steigt mit dem Arzt direkt in das Befundgespräch ein.

[254]

A [v]	Wirbelsäulengymnastik, gratuliere. Wunderschön. Prima, des derf i Ihnen geben-
P [v]	Ja. Hm□.

[255]

A [v]	••• Ja, genau so weiter! Und die Frau [Name] macht den Termin für Sie aus.
P [v]	Jo. Aha, ja

[256]

A [v]	Für Urologen und den anderen von Ihnen, wenn Sie wollen, Sie
P [v]	für/aso und der/ der ruft dann an, oder was?

[257]

A [v]	sagen uns einfach Bescheid. Wenn S da amal v/ a Monat vorher Bescheid sagen,
P [v]	(( ))

[258]

A [v]	eben wegen den [Ort] die hom ne/ d/ die hom äh ned so viel äh
P [v]	Ja.
[k]	Tür wird geöffnet.

[259]

A [sup]	<i>sehr leise</i>
A [v]	Spielraum, dass sie sofort(( )) Gut, alles Gute.
A [akz]	Dankeschön
P [v]	
[k]	A und P verlassen den Raum.

Eingeleitet wird die Beendigungsphase bereits in Zeile 254, der Arzt gibt hier nach einer ausführlichen Zusammenfassung und einem Ausblick auf das weitere Vorgehen eine positive Bewertung „*Prima*“, wobei nicht endgültig geklärt werden kann, ob sich dies auf einen konkreten Bereich bezieht, oder aber als Resümee zu verstehen ist. Fest steht jedoch, dass hierdurch eine Gliederung des Gesprächs vorgenommen wird, da der Arzt im Anschluss Dokumente an die Patientin überreicht („*des derf i Ihnen geben*“), und nach einer Bestätigung dieser impliziten Frage um Erlaubnis durch ein „*hm*“ der Patientin deren Einverständnis signalisiert wird. Daraufhin lobt der Arzt die Patientin (Zeile 255 „*Ja, genau so weiter!*“) und fügt eine Ausblick, gestaltet als Orientierung über den weiteren organisatorischen Ablauf an, wobei er hier eine bereits mehrfach thematisierte fachärztliche Untersuchung erneut aufgreift („*Und die Frau [Name] macht den Termin für Sie aus.*“).

Die Beendigungsphase in diesem Gespräch ist nicht vollständig nachvollziehbar. Da Arzt und Patientin gegen Ende des Gesprächs den Raum verlassen, findet der eigentliche Gesprächsabschluss somit bereits vor der Türe, und daher schwer verständlich statt. Hier tätigt der Arzt in Zeile 259 eine ritualisierte Form der Verabschiedung, indem er der Patientin „*Alles Gute*“ wünscht. Diese bedankt sich hierauf mit einem „*Dankeschön*“, ob weitere verabschiedende Worte folgen, kann jedoch nicht eruiert werden.

### IMSM\_0103\_K

Internist | Kassenvertrag

[1]

A [v]	Grüßgott die Frau [Name], gö? Grüßgott. ((1,5s)) Was hobn S denn für Probleme?
[Komm]	Hintergrundgeräusche

[2]

A [v]	Ollgemein duarchschaun, gö?	Vom a
P [v]	• • Nuar, • Ollgemein. (Net )	((4s)) ((husten))

Die Gesprächseröffnung wird hier vom Arzt übernommen, (Zeile 1 „*Grüßgott die Frau [Name], gö? Grüßgott. ((1,5s)) Wos hobn S denn für Probleme?*“) von der Patientin findet keine hörbare Begrüßung statt. Deren erster Redebeitrag in Zeile 2 ist eine Reaktion auf die inhaltliche Frage des Arztes. Dieser begrüßt die Patientin mit einem Grußwort und versichert sich im Anschluss daran, um welche Patientin es sich hierbei handelt, indem er eine Vermutung abgibt, die Patientin jedoch nicht direkt anspricht, sondern eine Form der Ansprache wählt, die üblicherweise für nicht anwesende Personen gebräuchlich ist. Die Interjektion „*gö*“ fordert hier einerseits eine Bestätigung der Patientin (welche jedoch nicht erfolgt) und lenkt andererseits die Aufmerksamkeit der Patientin auf das Gespräch. Nachdem eine Reaktion ausbleibt, wiederholt der Arzt das Begrüßungswort und schließt nach einer 1,5- sekundigen Pause mit einer inhaltlichen Frage an. Die Patientin antwortet hierauf, und gibt den Zweck des Besuchs an (Zeile 2 „*Nuar, • Ollgemein, [(net)]*“), der Arzt präzisiert die Aussage mittels einer Paraphrase und positioniert auch hier ein „*gö?*“. An dieser Stelle wäre erneut eine Reaktion der Patientin zu erwarten, diese erfolgt jedoch nicht, es entsteht eine Pause von vier Sekunden.

[27]

A [sup]		<i>lauter</i>	
A [v]	((2s))	leichter ah Leber( ). ( )	((4s)) Na, so is olls in Ordnung.
A [nv]		<i>ins Diktiergerät</i>	<i>ins Diktiergerät</i>
P [v]			Jó

[28]

A [v]		Und des sind... Aan Leberwerte verfolg ma nochher noch, gö?	((1s))
P [v]			hmhm□

[29]

A [v]		Sunst passt. • • Passt eh olls, gö?	Wiederschaun.
P [sup]			<i>lauter</i>
P [v]		Guat.	Oke. Daankee. Wiedersehn.

Die Einleitung der Beendigungsphase findet in Zeile 27 statt, in welcher der Arzt ein abschließendes Resümee tätigt und im Anschluss auf eine noch vorzunehmende Untersuchung verweist. Der Arzt gibt hier im Rahmen der Ankündigung „*Aan Leberwerte verfolg ma nochher noch, gö?*“ in Zeile 28 eine globale Orientierung bezüglich des weiteren Vorgehens. Er gebraucht hier ein fragendes „*gö?*“, wodurch eine Reaktion der Patientin gefordert wird. Diese stimmt den Aussagen schließlich mit einem „*hmhm□*“ zu, worauf eine einsekündige Pause folgt.

Der Arzt übernimmt den Turn erneut und wiederholt seine zusammenfassende Aussage bezüglich der Untersuchung „*Sunst passt.*“. Die Patientin reagiert mit einem „*Guat.*“ und der Arzt übernimmt den Turn nach einer Überlappung, wobei er erneut ein Resümee zieht (Zeile 29 „*Passt eh olls, gö?*“). Es wird eine Reaktion von der Patientin erwartet, wobei hierbei durch die enge Formulierung, die auch als rhetorische Frage verstanden werden kann, kaum Möglichkeit eines Nachfragens oder Rückfragens besteht. Sie bestätigt anschließend die Aussage, gibt ihr Verstehen bekannt und leitet mit einem langgezogenen „*Daankee*“ zur eigentlichen Verabschiedung über. Gleichzeitig realisieren Arzt („*[Wiederschaun]*“) und Patientin („*[Wiedersehn]*“) Grußformeln, das Gespräch gilt sodann als beendet.

## MMWF\_0102\_K

Allgemeinmedizinerin | Kassenvertrag

[1]

A [v]		Sehen. Frau [Name]! Zimmer eins bitte.	Grüß Gott. ((4s))
A [nv]			<i>kommt herein</i>
F1 [v]		Hallo.	

[2]

A [v]	((8s))		((ea)) Frau [Name] grüß Gott. ((2s))
A [nv]		<i>betätigt die Computermouse</i>	
P [v]			Grüß Sie.
P [nv]		<i>kommt herein</i>	

[3]

A [v]		((aa)) So. Bitte.	Wie geht s?
P [v]		Grüß Gott.	Nicht gut. ((1s)) Ich hab
[K o m m]		<i>Türe schließt</i>	

[4]

A [v]			Hmhm□
P [v]		seit einer Woche <u>so</u> Kopfschmerzen,	und mir is <u>so</u> schlecht,

Die Ärztin ruft die Patientin mit einer Kombination aus Frau und dem Zunamen ins Zimmer (Zeile 1 „*Frau [Name]! Zimmer eins bitte.*“). In Zeile 1 tätigt die Ärztin eine erste Begrüßung („*Grüß Gott*“), wobei hier anzunehmen ist, dass in diesem Fall nicht die Patientin, sondern eine andere, sich zu dem Zeitpunkt im Raum befindende Person angesprochen wird. Nach einer zwölfsekündigen Pause wird schließlich von Seiten der Ärztin direkt auf die Patientin referenziert, hierfür wird eine Kombination aus Frau und dem Zunamen gewählt. Die anschließend getätigte Begrüßung findet im Rahmen einer Überlappung mit der Grußformel der Patientin statt. Nach einer zweisekündigen Pause übernimmt die Ärztin den Turn, und macht durch ein „So“ in Zeile 3 einen Übergang zu einer neuen Phase im Gespräch deutlich. Ihre anschließende Äußerung „*[Bitte]*“ kann einerseits als Platzzuweisung und zusätzlich als erneutes Signal eines Phasenübergangs betrachtet werden. In Überlappung mit dem „*Bitte*“ der Ärztin tätigt die Patientin nochmals eine Begrüßung (Zeile 3). Hierauf übernimmt die Ärztin den Turn und stellt eine offen- rituelle Frage („*Wie geht s?*“). Auffällig ist hierbei, dass die Form dieser Äußerung nicht völlig mit dem vorher gewählten Sie- Modus übereinstimmt, da „*Wie geht s*“ im Gegensatz zu „*Wie geht s Ihnen?*“ eine eher im privaten Umfeld oder unter guten Bekannten gebräuchliche Form der ritualisierten Frage ist.

[118]

A [v]	((1s)) ((ea)) Gut. Das heißt, ((aa)) wir sehn uns wieder. ((1s)) Alles
P [v]	Jo.

[119]

A [v]	Gute in der Zwischenzeit.
P [v]	Wir sehn uns wieder. Jo Frau Doktor, ich hab Sie gesehen?

[120]

A [v]	((1,5s)) A so? Jo do sieht man mich uo oft. Ja, ja.
P [v]	Am Kinderspielplatz im alten AKH.

Die Phase der Gesprächsbeendigung erweist sich in diesem Gespräch als sehr langwierig. Bereits in Zeile 118 macht die Ärztin durch ein gliederndes „*Gut. Das heißt, ((aa)) wir sehn uns wieder.*“ auf ein baldiges Ende des Gesprächs aufmerksam. Dies kann einerseits als gesprächsstrukturierende Orientierung gewertet werden, da die Ärztin hiermit zur Beendigungsphase des Gesprächs überleitet, andererseits wird dadurch auch der weitere Verlauf der Behandlung skizziert, indem ein neuer Untersuchungstermin in Aussicht gestellt wird.

Nach einer einsekündigen Pause fährt die Ärztin mit ihrem Turn fort und realisiert eine Wunschformel „*[Alles] [Gute in der Zwischenzeit.]*“. Die Patientin bestätigt dies vorerst mit einem „ja“ und übernimmt die Wortwahl der Ärztin, um das von dieser angekündigte Wiedersehen zu bestätigen „*[Wir sehn uns wieder.]*“. Im Anschluss an diese Überlappung behält die Patientin den Turn und führt eine neue Thematik ein, indem sie der Ärztin berichtet, sie vor kurzem außerhalb der Praxis gesehen zu haben. Nachdem dies besprochen wurde, leitet die Ärztin durch eine bestätigende Gliederungspartikel einen Themenwechsel ein. Hierbei wird die Patientin durch direkte Anrede der Patientin adressiert (Zeile 124 „*Hmhm□, ((ea)) I hab Sie nicht gesehen, Frau [Name].*“). Diese Aussage stellt eine Wiederholung jener in Zeile 121- 122 getätigten, inhaltlich identen Reaktion der Ärztin

dar. Die direkte Anrede beim Nachnamen der Patientin wirkt hier diskursstraffend und zeigt deutlich, dass die Ärztin versucht, in die Verabschiedungsphase überzuleiten.

[125]

A [v]	Ok.	Also. ((1s)) ((ea))	Alles Gute in
P [v]	Wir sind weiter weg gegessen.	Jo.	

[126]

A [v]	der Zwischenzeit.	Und rasche Besserung,	ge?
P [v]	Danke sehr.		Ja.

[127]

A [v]		Super.
P [v]	((3s)) Am Donnerstag hab ich • • die zweite Venenverödung.	

In Zeile 125 reagiert die Patientin auf die Aussage der Ärztin, indem sie eine Erklärungsmöglichkeit anbietet, weshalb die Ärztin sie nicht gesehen hat. Die Ärztin reagiert mit dem Responsiv „okay“, nach einer Zustimmung der Patientin mit „Jo.“ versucht sie nochmals in eine neue Phase überzuleiten. Sie beginnt ihren Redebeitrag mit einem gliedernden „Also“ und einem anschließenden Wunsch „Alles Gute in der Zwischenzeit“ (Zeile 125- 126). Die Patientin bedankt sich, die Ärztin fügt einen weiteren Wunsch hinzu („Und rasche Besserung, [ge?]“). Die Partikel „ge?“ lässt eine Reaktion der Patientin erwarten, die Patientin tätigt eine solche mittels eines „[Ja]“ und führt ein neues Thema ein.

[128]

A [v]	• Na dann ham s es Gott sei Dank hinter sich, oder?
P [v]	Ja. Wie lang werd i

[129]

A [v]	(Fünf) sechs Wochen Minimum.
P [v]	den Gummistrumpf tragen müssen?

[130]

A [v]	Minimum. Minimum.
P [v]	Sechs Wochen Minimum? Na dann muss i mit n Zeh noch

[131]

A [v]	((2s)) Das weiß ich nicht. Frogn S gleich bei der
P [v]	sechs Wochen warten,

[132]

A [v]	Verödung, ga? Ok. Alles Gute.	Auf Wiedersehn.
P [v]	Ja.	Gut. Danke.

Die Ärztin reagiert jeweils nur mehr sehr knapp und gibt keine ausführlichen Antworten, sondern verweist auf andere Auskunftsstellen. Als die Patientin hierauf zustimmend mit einem „Ja.“ (Zeile 132) antwortet, tätigt die Ärztin erneut ein Gliederungssignal „ok“ und fügt einen Wunsch hinzu („Alles [Gute.]“). Die Patientin bestätigt im Rahmen einer Überlappung mit „[Gut.]“ und bedankt sich schließlich mit einem „Danke.“. Die Ärztin tätigt daraufhin Verabschiedungsworte, welche die Patientin zwar übernimmt, im Anschluss jedoch noch eine Frage bezüglich des aktuellen weiteren Vorgehens stellt (Zeile 133).

[133]

A [v]		((2s)) Ah • • die
A [nv]	betätigt die Computermaus	
P [v]	Auf Wiedersehen. • • Was wollt ich jetzt von vorne?	

[134]

A [v]	Adresse vom physikalischen Institut, Frau Jandl.
P [v]	Ja, ja. Ja.

[135]

A [sup]				<i>hustet</i>
A [v]	Auf Wiedesehn.	((1s)) ((ea))	((2s))	
P [v]	Ok. Wiedersehn.			
[Komm]				<i>Türe schließt</i>

Die Ärztin beantwortet die Frage, wobei sie erneut den Namen der Patientin als direkte Adressierung verwendet. Die Patientin bestätigt schließlich ihr Verstehen dreimalig durch ein „Ja“ (Zeile 134), die Ärztin verabschiedet sich daraufhin abermals („Auf Wiedersehn“). Hierauf akzeptiert die Patientin die Beendigungsversuche der Ärztin mit einem „Ok.“ und verabschiedet sich ebenfalls mit „Wiedersehn“. Das Gespräch ist hiermit endgültig beendet.

XNNW\_ET01\_W  
Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

[1]

Ä [v]	Grüß Gott	Grüß Gott.	Soo,
Ä [k]	<i>tippt</i>	<i>tippt, 3,8s</i>	
P [v]	Grüß Gott.	Grüß Gott.	
[KO]			<i>Blättern, Stuhlrücken 1,8s</i>

[2]

Ä [v]	((1,6s)) Is die erste Vorsorgeuntersuchung, od er Ja. Okay. • • Guut.	Soo. •
Ä [k]		<i>leise</i>
P [k]	Ja.	
[KO]		<i>Blättern 3,7s Blättern</i>

[3]

Ä [v]	• Wir haben d□□ mal eine Lungenfunktion gemacht, ((ea))	• da is, • alles soweit
Ä [k]		
P [v]		Mhm□
[KO]		

Die Begrüßung in diesem Gespräch wird vom Patienten initiiert, welcher in Zeile 1 ein „Grüß Gott.“ äußert. Die Ärztin tippt zu diesem Zeitpunkt noch, unterbricht ihre Beschäftigung jedoch und reagiert ebenfalls mit einem „Grüß Gott“. Hierauf ergibt sich eine 3,8- sekündige Sprechpause, in der die Ärztin weiterhin tippt, nach Beendigung dieser Tätigkeit wiederholt der Patient seine Begrüßung, auch die Ärztin reagiert mit einer Erwiderung. Nach einer erneuten 1,8- sekündigen Pause, in der Stuhlrücken und Geräusche von Umblättern zu vernehmen sind, leitet die Ärztin mit einem „Soo“ zur Phase der Befundbesprechung über. Die in die Länge gezogene Partikel hat daher einerseits gliedernde Funktion, andererseits dient sie im Kontext der darauf folgenden Aussage der Ärztin „((1,6s)) Is die erste Vorsorgeuntersuchung od[er]...“ welche jedoch mit der Antwort des Patienten unterbrochen wird, als Antwortpartikel, die handlungskommentierende Funktion aufweist.

[157]

Ä [v]	Ma muss sich halt wirklich das ganz fest vornehmen,	((2,1s)) Uund, ((6s)), gut,
Ä [k]		<i>leiser</i>
P [v]		J a

[158]

Ä [v]	sonst ham ma alles. Gibt s noch irgendwelche Fragen, oder...	
Ä [k]		
P [v]		((1,1s)) Mm□ ((1,5s))

Eine erste Überleitung zur Beendigungsphase findet in Zeile 157 durch eine gesprächsstrukturierende Orientierung statt, in der die Ärztin nach einer 2,1- sekündigen Pause ein lang gezogenes gliederndes „*Und*,“ tätigt und nach weiteren 6 Sekunden mittels eines weiteren Gliederungssignals eine Zusammenfassung statuiert („*gut, sonst ham ma alles.*“). Damit gibt sie bekannt, dass die Befundbesprechung als beendet gilt. Sie gibt dem Patienten die Möglichkeit, Unklarheiten zu beseitigen, indem sie ihm diesbezüglich eine direkte Frage stellt (Zeile 158 „*Gibt s noch irgendwelche Fragen, oder...*“). Das „*oder*“ am Ende der Aussage kann als Spezifizierung der Frage erkannt werden, und stellt gleichzeitig die Alternative der Beendigung des Gesprächs in Aussicht. Der Patient macht von der Möglichkeit des Nachfragens Gebrauch, es ergibt sich eine Wiederholung der Besprechung eines bestimmten Wertes, die Ärztin erteilt hier erneut Auskunft. Diese enthält einen Ausblick auf das weitere Vorgehen, und erfüllt somit eine gesprächsstrukturierende Orientierungsfunktion (Zeile 160- 164).

[160]

Ä [v]	Niere□□, von der Lunge nicht. Also das • is von/ wenn dann von der Nieree, • dass es
-------	--

[161]

Ä [v]	kommt, ja? Aber das • würd ich jetzt, sagn, s kontrollier ma nochamal.
P [v]	Mhm□ Mhm□

[162]

Ä [v]	Ja? Bevor ma jetzt d, amal weiterführende Untersuchungen macht, ((ea)) einfach nur
Ä [k]	blättert

[163]

Ä [v]	einen Kontrollharn vorbeibringen in den nächsten Tagen, und das schau ma
Ä [k]	blättert blättert
P [v]	Ja.

[164]

Ä [v]	uns an. ((2s)) Gut, Und das Tschampix hab ich Ihnen
Ä [k]	tippt, 10,9 s
P [v]	Okay. • Passt.

[165]

Ä [v]	aufgeschrieben, s Rezept. Dann viel Erfolg auf jeden Fall
P [v]	Okay. Super. •Danke.
[KO]	Möbelrücken Möbelrücken

[166]

[t]			
Ä [v]	weiter.	• Hm	Wiedersehn.
Ä [k]		lachend	
P [v]	Danke.	Wiedersehn.	
[KO]	Möbelrücken		

Nachdem der Patient hier mittels einer doppelten Bestätigung des Verstehens und der gleichzeitigen Erklärung des Einverständnisses (Zeile 164 „*Okay. • Passt.*“) reagiert, entsteht eine zweisekündige Pause. Die Ärztin übernimmt den Turn, reagiert mit einem „*Gut*,“, welches einerseits auf die Verständnisbestätigung des Patienten bezogen sein, und gleichzeitig auch als Gliederungssignal erkannt werden kann. Es entsteht eine 10,9- sekündige Sprechpause, in der die Ärztin tippt. Anschließend gibt sie dem Patienten bekannt, ein Rezept für ein Medikament ausgestellt zu haben und leitet mit dieser Orientierung in eine andere Phase des Gesprächs über (Zeile 164- 165 „*Und das Tschampix*

*hab ich Ihnen aufgeschrieben, s Rezept.“*). Das „Und“ welches am Beginn des Turns steht, weist darauf hin, dass dies bereits im Vorfeld besprochen wurde und hat zusätzlich diskursgliedernden Charakter, „s Rezept“ stellt in diesem Zusammenhang eine Spezifizierung des Gesagten dar. Der Patient reagiert hierauf mit einer Bestätigung, dass er Verstanden hat, und fügt eine positive Bewertung an. Nach einer Mikropause und hörbarem Möbelrücken bedankt er sich bei der Ärztin (Zeile 165 *„Okay. Super. • Danke.“*).

Die Ärztin verabschiedet sich mit einer ritualisierten Grußformel und wünscht dem Patienten viel Erfolg (*„Dann viel Erfolg auf jeden Fall weiter.“*). Der Patient bedankt sich, die Ärztin reagiert mit einem schmunzelnden „Hm“ was hier als Verstärkung des Gesagten und als Reaktion auf den Dank des Patienten gewertet werden kann. Schließlich verabschiedet sich der Patient (Zeile 166 *„Wiedersehn.“*), die Ärztin reagiert ebenfalls mit einem *„Wiedersehn.“* und das Gespräch wird beendet.

### 6.1.2 Funktionale Analyse und Auswertung

Die große Bedeutung der Gesprächsphasen zu Beginn und Abschluss eines Gesprächs für den weiteren Verlauf einer Untersuchung oder einer Behandlung im Gesamten wurde im Vorfeld bereits ausführlich behandelt.

Die vorliegende funktionale Analyse fokussiert folgende Aspekte dieser Gesprächsphasen:

- Anredeformen
- Vorkommende Handlungstypen am Gesprächsbeginn
- Gestaltung der Gesprächseröffnung
- Überleitung zur Verabschiedungsphase
- Komponenten und Gestaltung der Gesprächsbeendigung
- Anschlussfähigkeit in der Beendigungsphase

#### *Anredeformen*

Anredeformen in den betrachteten Gesprächen sind allesamt im vollreziproken Sie- Modus gestaltet, nominale Formen der Anrede treten verschiedenartig in Erscheinung. Anreden bei Nachnamen, mittels „Herr“ oder „Frau“ sowie eine Kombination beider Elemente sind ebenso gängig, wie eine Verwendung des Titels oder der Rollen- und Funktionsbezeichnung. Auffällig bei vielen Gesprächen in den Ordinationen ist zudem die häufige Verwendung der „wir- Form“, wobei sich diese nicht nur auf die Phasen des Gesprächsbeginns und der Gesprächsbeendigung beschränkt, sondern sich durch den gesamten Verlauf der ÄrztInnen-PatientInnen- Interaktion zieht.

Durch besonders höfliche Anredeformen zeichnet sich das Gespräch QTNM\_0501\_W aus, bei dem der Arzt den Patienten mehrmals unter Verwendung des Titels anspricht, der Patient nutzt im Gegenzug häufig die Rollenbezeichnung des Arztes, um auf diesen zu referenzieren. Während in den übrigen Gesprächen die Anredeform durchgängig unverändert bleibt, sind im Gespräch GTNF\_0201\_W leichte Variationen zu erkennen. Schon zu Beginn wählt die Patientin zuerst ein persönlicheres Grußwort, übernimmt jedoch bei einer Wiederholung im Anschluss an die Begrüßung der Ärztin deren Form der Anrede. Auch während dem Gespräch scheint die Anredeform an manchen Stellen unklar,

grundsätzlich wird zwar der Sie- Modus verwendet, zum Teil entsprechen jedoch gewisse Abschnitte nicht unbedingt diesem gewählten Modus, sondern gestalten sich etwas persönlicher.

#### *Vorkommende Handlungstypen am Gesprächsbeginn*

Von jenen sechs Handlungstypen der Gesprächseröffnung, welche bei Nowak (2010) differenziert werden, wird in den vorliegenden Gesprächen nur einer konsequent realisiert.

Es handelt sich hierbei um den Typ der Begrüßung, welcher jeweils durchwegs heterogen in Erscheinung tritt, dessen Grundzüge jedoch in allen Gesprächen vorhanden sind. Völlig entfallen die Handlungstypen einer Vorstellung der ÄrztInnen, sowie das Angebot einer prinzipiellen Nachfragemöglichkeit für PatientInnen.

Eine explizite Situierung durch ÄrztInnen wird ausschließlich im Gespräch XNNW\_ET01\_W vollzogen, hier wird von der Ärztin im Rahmen einer Frage an den Patienten klar gemacht, um welche Art von Untersuchung es sich handelt. Auffällig ist eine Situierung im Gespräch GTNF\_0201\_W, welche unüblicherweise von der Patientin vorgenommen wird. Hierfür dürfte das situationsspezifische Vorwissen der Patientin ausschlaggebend sein.

Was globale Orientierungen über Gesprächszweck und Gesprächsverlauf betrifft, so zeigt sich, dass ÄrztInnen diesen Handlungstyp kaum nützen. Der Gesprächsverlauf wird in keinem Gespräch skizziert, ebenso wenig wird der Zweck des Gesprächs von ÄrztInnen expliziert. Eine implizitere Form globaler Orientierungen ist in Gespräch OISM\_0601\_W zu erkennen, hier macht der Arzt schon beim Eintreten auf Ergebnisse der Blutuntersuchung aufmerksam, somit wird also über Zweck und Inhalt des Gesprächs informiert. Eine weitere, ebenfalls eher latente Orientierung findet in Gespräch QTNM\_0501\_W statt, der Arzt macht hier zu Beginn klar, dass der Patient über den weiteren Verlauf des Gesprächs bestimmt.

Der Orientierung des Arztes in Gespräch YNOM\_0104\_K kann kaum globaler Charakter zugeschrieben werden, vielmehr handelt es sich dabei um eine lokale Orientierung bezüglich des unmittelbar folgenden Abschnitts.

Interaktive Abschlüsse der Präliminarien sind spärlich vorhanden, dies mag unter anderem am grundsätzlich eher schwachen Vorkommen von derartigen Vorverhandlungen liegen. Da sich Eröffnungsphasen in den vorliegenden Gesprächen grundsätzlich eher direkt und knapp gestalten, beschränkt sich der interaktive Abschluss der Präliminarien somit hauptsächlich auf die Verwendung gewisser Gliederungspartikeln, welche den Übergang zu einer neuen Phase des Gesprächs anzeigen.

#### *Gestaltung der Gesprächseröffnung*

Der erste Redebeitrag wird in den vorliegenden Gesprächen meist von ÄrztInnen getätigt, lediglich in Gespräch XNNW\_ET01\_W initiiert der Patient die Begrüßung.

Was die konkrete Gestaltung der Gesprächseröffnung anbelangt, so zeigt sich hier ein recht einheitliches Bild. Der Großteil der ÄrztInnen verwendet in Österreich übliche Begrüßungsworte, vorwiegend sind Varianten von „Grüß Gott“ zu beobachten, oftmals treten

hier Überlappungen mit den von PatientInnen getätigten Formeln auf. Viele der untersuchten Gesprächseröffnungen enthalten Gliederungspartikeln, welche entweder direkt am Beginn des ersten Redebeitrages stehen (YDOM\_0104\_K, GTNF\_0201\_W, QTNM\_0501\_W, OISM\_0601\_W), oder nach initialen Begrüßungsworten einen Übergang zu weiteren Elementen der Gesprächseröffnung signalisieren (YNOM\_0104\_K, MMWF\_0102\_K, XNNW\_ET01\_W).

Platzzuweisungen (entweder durch das Aufrufen der PatientInnen in einen speziellen Raum oder durch ein „bitte“) finden, sofern vorhanden, stets im unmittelbaren Anschluss an die Begrüßung statt, und sind fallweise der einleitenden Grußformel vorangestellt (Gespräch OISM\_0601\_W, MMWF\_0102\_K, GTNF\_0201\_W, POWW\_2500\_K, YDOM\_0104\_K). Es bleibt jedoch zu bemerken, dass letztlich oftmals nicht vollständig geklärt werden kann, ob es sich bei dem „bitte“ ausschließlich um eine Platzzuweisung handelt, oder ob hier bereits eine gewisse Form einer Erzählaufforderung an PatientInnen getätigt wird. Anzunehmen ist, dass dieses „bitte“ vielfach (von ÄrztInnen auch intendierte) Doppelbedeutung hat.

Unter Bezugnahme auf Spranz- Fogasys Vorstellung zu Möglichkeiten der Gesprächseröffnung (2005) zeigt sich, dass bestimmte Varianten in mehreren der untersuchten Gespräche vorzufinden sind, während andere völlig entfallen.

Vielfach treten jedoch Fragen oder Aufforderungen zu Gesprächsbeginn an der Schnittstelle zum Übergang zur Kernphase des Gesprächs auf, diese sind daher nicht mehr rein als Komponenten der Gesprächseröffnung zu betrachten, sondern auch in ihrem Kontext als Einleitung der körperlichen Untersuchung oder anderer Phasen des Gesprächs zu verstehen. Dies ist beispielsweise im Gespräch YNOM\_0104\_K, in dem der Arzt eine offene Frage an den Patienten richtet, der Fall. Ebenfalls mit einer offenen Frage wird das Gespräch IMSM\_0103\_K eröffnet.

Ein völliges Entfallen jeglicher Form der von Spranz- Fogasy differenzierten Möglichkeiten zur Gesprächseröffnung ist in Gespräch OISM\_0601\_W und XNNW\_ET01\_W erkennbar, wenngleich in diesem Fall die Situierung des Gesprächs in Verbindung mit der anschließenden rückversichernden Partikel in einer gewissen Form eine Entscheidungsfrage darstellen könnte. Implizite Aufforderungen an PatientInnen sind in den Gesprächen YDOM\_0104\_K und GTNF\_0201\_W beobachtbar, und werden in beiden Fällen jeweils durch Gliederungspartikeln realisiert.

Bemerkenswert ist bei der Untersuchung des vorliegenden Aspekts die vergleichsweise große Zahl an rituell- offenen Fragen bei der Gesprächseröffnung. Als unvorteilhafteste Form der Gesprächseröffnung bekannt, verwundert es, dass zwei von fünf ÄrztInnen welche Gesprächsbeiträge mit Fragen beginnen, diese Form wählen (POWW\_2500\_K, MMWF\_0102\_K).

Jene von Spranz- Fogasy als besonders sinnvoll beschriebene Form der Gesprächseröffnung ist in Gespräch QTNM\_0501\_W zu beobachten, hier macht der Arzt sein „Zur- Verfügung- stehen“ durch eine inhaltliche Frage sprachlich explizit, und gibt dem Patienten so die Möglichkeit der Mitbestimmung des Gesprächsverlaufs und -inhalts. Im Fall

dieses Gesprächs scheint die nachfolgende ausführliche und patientInneninitiierte Beschwerdeschilderung diese Annahmen zu bekräftigen.

Was nun die Organisation des Gesprächsbeginns betrifft, so zeigen sich keine klaren Unterschiede. Auffällig ist hierbei, dass weder die Länge des gesamten Gesprächs noch die jeweils vorherrschende Form der Beziehungsgestaltung merklichen Einfluss auf die Gestaltung des Gesprächsbeginns haben, sondern grundsätzlich diese Phase in allen Gesprächen sehr knapp ausfällt.

#### *Überleitung zur Verabschiedungsphase*

Die Verabschiedungsphase in den folgenden Gesprächen ist jeweils sehr unterschiedlich realisiert, es lassen sich jedoch durchaus gewisse Parallelen finden.

Grundsätzlich werden Verabschiedungsphasen von den ÄrztInnen eingeleitet, dies geschieht zumeist mittels Gliederungspartikeln, die PatientInnen auf ein baldiges Ende der Konsultation hinweisen. In den Gesprächen XNNW\_ET01\_W, MMWF\_0102\_K und GTNF\_0201\_W wird eine Überleitung zusätzlich durch Schweigen markiert.

In keinem Fall wird die Verabschiedung sprachlich explizit gemacht, an Stelle einer konkreten Ankündigung treten Hinweise, welche PatientInnen implizit auf ein baldiges Ende der Interaktion hinweisen.

Im größten Teil der Gespräche akzeptieren PatientInnen bereits von Beginn an die Initiative von ÄrztInnen, lediglich im Gespräch MMWF\_0102\_K führt die Patientin noch neue Themen ein. Die Ärztin reagiert hierauf nur äußerst knapp, und wiederholt ihre Versuche zur Beendigung mehrmals. Eine weitere thematisch leicht abweichende Bemerkung wird in Gespräch QTNM\_0501\_W getätigt. Hier führt der Patient kein gänzlich neues Thema ein, sondern bekräftigt in den Abschlussworten seine Pläne für zukünftige Vorgehensweisen. Grundsätzlich würde dieser Redebeitrag keinen Gegensatz zur Beendigungsphase darstellen, da der Patient seine Aussage jedoch in einer Weise formuliert, die eine Reaktion des Arztes erforderlich macht, kann hier von einer patientInneninitiierten Verzögerung der Abschlussphase gesprochen werden.

Eine ärztlnnenseitig initiierte Längung dieser Phase ist in Gespräch YNOM\_0104\_K zu erkennen, wo der Arzt ein völlig neues, und für den Patienten auch nicht krankheitsrelevantes Thema einführt. Der Arzt bespricht das neue Thema ausführlich, der Patient reagiert mit Minimalbestätigungen.

#### *Komponenten und Gestaltung der Gesprächsbeendigung*

Nowaks Systematisierung der Gesprächskomponenten von Beendigungen sieht vier unterschiedliche Elemente vor, von denen drei in den vorliegenden Gesprächen realisiert werden. Während eine explizite Formulierung des Gesprächsabschlusses völlig entfällt, werden Zusammenfassungen, abschließende Nachfragemöglichkeiten und Orientierungen über zukünftige Schritte in gewissen Fällen auch durchaus ausführlich realisiert.

Eine explizite Nachfragemöglichkeit wird lediglich dem Patienten in Gespräch XNNW\_ET01\_W angeboten. Jener nützt hier die Möglichkeit und stellt eine Frage.

Interessant ist, dass sich durch eben diese Frage des Patienten ein Missverständnis aufklärt, dessen Beginn bereits an früherer Stelle im Gespräch verortet werden kann.

Fragende Rückmeldungssignale am Ende von zusammenfassenden Aussagen von ÄrztInnen (etwa in Gespräch IMSM\_0103\_K oder POWW\_2500\_K) werden nicht als Nachfragemöglichkeit gewertet, da durch diese Art der Formulierung kaum realistische Möglichkeiten angeboten werden, Fragen zu stellen. Es handelt sich in solchen Fällen vielmehr um ein rhetorisches Angebot der Nachfrage, von dem die PatientInnen in den vorliegenden Gesprächen auch nicht Gebrauch machen.

Zusammenfassungen im engeren Sinne treten nicht explizit auf, lediglich im Gespräch IMSM\_0103\_K und POWW\_2500\_K (hier wiederholt die Ärztin Dosierungshinweise und führt somit den Kernaspekt der Untersuchung erneut aus) sind derartige Redebeiträge erkennbar. Im Unterschied zu den Gesprächen XNNW\_ET01\_W, YDOM\_0104\_K und YNOM\_0104\_K werden hier explizit bereits besprochene Thematiken aufgegriffen, wohingegen bei den eben aufgezählten Gesprächen neue Informationen den Hauptteil der Redebeiträge ausmachen, und somit eher als Orientierungen über zukünftige Schritte gelten. Diese Orientierungen haben zum Teil globalen Charakter, indem sie PatientInnen das allgemeine weitere Vorgehen der Behandlung darlegen, oder Erklärungen zu organisatorischen Aspekten liefern (Gespräche YDOM\_0104\_K, QTNF\_0501\_W, OISM\_0601\_W, IMSM\_0103\_K, MMWF\_0102\_K, XNNW\_ET01\_W). Teils handelt es sich allerdings auch um lokale Orientierungen, welche das akute weitere Vorgehen im Rahmen der Konsultation betreffen (etwa in den Gesprächen YNOM\_0104\_K und GTNF\_0201\_W).

Was den Umfang von Orientierungen in dieser Phase der Konsultation betrifft, so zeigt sich eine weite Bandbreite an Möglichkeiten. Recht ausführlich gestalten sich beispielsweise Orientierungen im Gespräch YNOM\_0104\_K, wobei hier jedoch zu bemerken ist, dass der Arzt zwar mehrmals zukünftige Handlungsweisen klärt, und dies nicht nur in der Abschlussphase des Gesprächs passiert, jedoch kaum neue Informationen auftreten. Es handelt sich bei den vorliegenden Orientierungen also mehr um ein Wiederholen bereits mehrmals getätigter Aussagen. Auch in Gespräch YDOM\_0104\_K sind erklärende Elemente recht ausführlich realisiert, der Arzt spezialisiert sich hier auf organisatorische Details, und reagiert somit auf eine diesbezügliche Frage der Patientin an früherer Stelle im Gespräch. Zusätzlich weist der Arzt auch mittels einer scherzhaften Aussage auf die Notwendigkeit einer bereits besprochenen Vorgehensweise hin, und motiviert so die Patientin, seine Ratschläge auch tatsächlich zu befolgen.

Besonders detailliert sind organisatorische Orientierungen im Gespräch QTNM\_0501\_W realisiert. Auch das Gespräch POWW\_2500\_K verfügt über eine Reihe von durchaus ausführlich realisierten Orientierungen. Obwohl hier quantitativ weit weniger gesagt wird, als vergleichsweise im Gespräch YNOM\_0104\_K, werden Informationen trotzdem klar und deutlich vermittelt, die Reaktion der Patientin legt nahe, dass die verschiedenen Orientierungen ihren Zweck erfüllen. Auch in Gespräch OISM\_0601\_W fallen Orientierungen gemessen an der Wortanzahl eher knapp aus, es sind jedoch Basiselemente verschiedener Formen vorhanden. Die Patientin reagiert jeweils mit Verständnisbekundungen.

Auffällig kurz ist die Orientierung in Gespräch IMSM\_0103\_K gestaltet, hier wird nur auf die Verfolgung eines weiteren Wertes hingewiesen, Möglichkeiten zur Teilnahme an der Entscheidung oder Verknüpfung zu Untersuchungsergebnissen sind nicht vorhanden. Auch in Gespräch XNNW\_ET01\_W fallen Orientierungen recht knapp aus, die Ärztin beschränkt sich auf eine Orientierung zu organisatorischen Details.

Anhand der untersuchten Gespräche wird bezüglich des Vorkommens von Orientierungen unter Berücksichtigung der PatientInnenreaktionen besonders deutlich, dass wortmäÙig ausführliche Redebeiträge hier keinesfalls zwangsläufig als besser oder sinnvoller zu beurteilen sind. Knappere Orientierungen sind durchaus auch zweckmäÙig, ein völliger Entfall von Orientierungen in der Beendigungsphase muss in weiterer Folge auch nicht automatisch ein enormes Defizit in der Gesprächsorganisation verursachen, sofern PatientInnen bereits im Vorfeld genügend Aufklärung und Orientierung erfahren haben. Es zeigt sich zudem, dass viele ÄrztInnen hierbei Gebrauch von fragenden HörerInnensignalen am Ende von Orientierungen machen, diese jedoch in keinem Fall zum Anlass genommen werden, PatientInnen tatsächlich einzubinden, sondern von diesen vielmehr schlicht als Zustimmungsaufforderung erkannt werden.

Auch kommt es maßgeblich auf inhaltliche Aspekte von Orientierungen an, vielfach werden mehrere Themenbereiche innerhalb eines Redebeitrages abgedeckt, lokale und globale Orientierungen treten also verknüpft auf. Dies stellt keinen zwangsläufig negativen Aspekt dar, grundsätzlich gilt, dass je breiter das Spektrum an von Orientierungen thematisierten Gebieten ist, desto höher die Chance einer Vermeidung von Unklarheiten und Unsicherheiten bei PatientInnen. Gelingen scheint diese Verknüpfung besonders in den Gesprächen POWW\_2500\_K und OISM\_0601\_W.

Eine Betrachtung der lexikalischen Realisierung zeigt einerseits auf, dass Grußworte hauptsächlich aus Variationen von „Auf Wiedersehen“ bestehen, legt andererseits allerdings auch zwei weitere Komponenten offen, die einer genaueren Auseinandersetzung würdig sind. Es handelt sich um das Vorkommen von Dankesworten sowie die Verwendung von gängigen Verabschiedungs- und Wunschformeln.

Mit Ausnahme von Gespräch YDOM\_0104\_K bedanken sich am Ende des Gesprächs alle PatientInnen bei den ÄrztInnen, wohingegen lediglich in den Gesprächen QTNM\_0501\_W und GTNF\_0201\_W auch ein Dank seitens der ÄrztInnen erfolgt. In letzterem Fall kann nicht endgültig geklärt werden, inwieweit der Dank generell gilt, oder die Reaktion auf eine Wunschformel der Patientin darstellt. In beiden Fällen handelt es sich hierbei jedoch um Ordinationen von WahlärztInnen. Dieses Ungleichgewicht spiegelt vorherrschende Machtdifferenzen wider, PatientInnen werden vorwiegend als „EmpfängerInnen“ einer Leistung erkannt. Dankesworte von Seiten der ÄrztInnen vermitteln eine andere Form der Wertschätzung von PatientInnen und helfen somit, deren Position zu stärken und gewisse bestehende Differenzen auszugleichen. Ein Zusammenhang von Modellen der Beziehungsgestaltung mit der Form des Bedankens kann aus dem vorliegenden Datenmaterial nicht offengelegt werden, es bleibt jedoch zu vermuten, dass dienstleistungs-

und partnerschaftlich orientierte Modelle tendenziell eher ein beidseitiges Bedanken hervorrufen.

Verabschiedungsformeln sind, sofern vorhanden, größtenteils allgemein (Gespräch QTNM\_0501\_W, POWW\_2500\_K, GNTF\_0201, OISM\_0601\_W), zum Teil aber auch als explizite Wünsche bezüglich gesundheitlicher Themen (Gespräche MMWF\_0102\_K und XNNW\_ET01\_W) realisiert.

#### *Anschlussfähigkeit in der Beendigungsphase*

Anschlussmöglichkeiten für PatientInnen können in unterschiedlicher Art und Weise zu Tage treten, grundsätzlich enthaltene Elemente sind jedoch vorwiegend Verweise auf bevorstehende Termine oder Untersuchungen oder das Wiederaufgreifen bereits vereinbarter Abmachungen beziehungsweise eine Bezugnahme darauf.

Realisierungen anschlussfähigkeitsfördernder Elemente treten in der Phase der Gesprächsbeendigung häufig in Form von Orientierungen oder Zusammenfassungen des Gesprächs auf. Die Notwendigkeit solcher Elemente in jener Phase des Gesprächs, welche das weitere Vorgehen der PatientInnen sowie den Verlauf der ÄrztInnen- PatientInnen-Beziehung maßgeblich formt, steht außer Frage. Tatsächlich scheint dieser Bedarf auch von ÄrztInnen erkannt worden zu sein, der Großteil der Gespräche enthält anschlussfähigkeitsfördernde Elemente, wenngleich die Ausformung, und daher auch deren Zweckmäßigkeit höchst unterschiedlich ausfallen.

Ein Beispiel gelungener Maßnahmen zur Förderung von Anschlussfähigkeit stellt das Gespräch OISM\_0601\_W dar. Im Rahmen der Verabschiedungssequenz klärt der Arzt hier einerseits organisatorische Details und gibt der Patientin durch eine Aufforderung, welche mir einem Lob verknüpft ist, Motivation für das Fortführen ihrer gegenwärtigen Lebensweise. Zudem greift er erneut eine mehrmals thematisierte Terminvereinbarung bei einem Spezialarzt auf, und fördert somit die Verbindlichkeit der Abmachung, die Arzt und Patientin an anderer Stelle getroffen haben. Der Arzt hat an mehreren Stellen im Gespräch gezeigt, dass er diesbezügliche Sorgen der Patientin realisiert hat, und wählt nun diese Methode, um erneut auf die Wichtigkeit hinzuweisen.

Ebenfalls motivierende Wirkung hat die Aussage der Ärztin in Gespräch XNNW\_ET01\_W, welche dem Patienten viel Erfolg bei seinen zukünftigen Plänen wünscht. Zudem wird eine Terminvereinbarung für eine Zusatzkontrolle gemacht, die Ärztin gibt hierbei einen groben zeitlichen Rahmen vor, in dem der Patient Harn für eine Absicherungsuntersuchung vorbeibringen soll. Sie lässt dem Patienten hierbei die Möglichkeit offen, einen Tag zu wählen, es wird jedoch ein Bezugsrahmen geschaffen.

Als nicht produktiv sind anschlussfähigkeitsfördernde Maßnahmen im Gespräch IMSM\_0103\_K zu beurteilen. Der Arzt gibt hier zwar einen Ausblick auf die weitere zukünftige Behandlung, er setzt hierfür jedoch keinen zeitlichen Rahmen fest, sondern beschränkt sich auf eine vage Aussage ohne jegliche Verbindlichkeit. Auch in anderen Phasen des Gesprächs findet diesbezüglich keine Konkretisierung statt. Idealerweise verläuft eine ähnliche Situation in Gespräch POWW\_2500\_K, wo die Ärztin ein bevorstehendes Wiedersehen konkret datiert, und im Falle einer Verschlechterung des Zustandes der

Patientin einen früheren Termin in Aussicht stellt. Sie formuliert dieses Angebot mittels einer Bitte und wartet eine Reaktion der Patientin ab, welche dies wiederum bestätigt. Positiv ist hier auch die erneute Erklärung der Dosierung eines Medikaments zu bewerten. Einerseits erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin die Arzneimittel ordnungsgemäß einnimmt, zusätzlich stellt die Ärztin in einer nachfolgenden Aussage die Kompetenz der Patientin in den Vordergrund. Dies hat positive Auswirkungen auf deren Selbstbewusstsein, und steigert somit das Eigenverantwortungsgefühl der Patientin.

Auch in Gespräch YDOM\_0104\_K findet sich im Rahmen einer Rückfrage an die Patientin eine Möglichkeit, deren Mitspracherecht und Verantwortungsgefühl zu betonen. Zusätzlich wird dies durch die Verwendung der „wir- Form“ realisiert, welche eine Zusammenarbeit beider InteraktantInnen hervorhebt.

Bezüglich einer Terminabsprache in Gespräch GTNF\_0201\_W zeigt sich die Patientin sehr aktiv. Schon während dem Gespräch stellt sie diesbezügliche Fragen und kündigt ihre nächsten Termine an. Es ist hier also nicht notwendig die Patientin erneut auf folgende Termine aufmerksam zu machen, die Ärztin bestätigt lediglich die Ankündigungen der Patientin.

Grundsätzlich wirkt auch die mehrmalige Wiederholung der zukünftigen Termine in Gespräch YNOM\_0104\_K positiv, der Arzt macht hier zusätzlich deutlich, dass beim nächsten Termin die Wartezeit gering sein wird, was eine zusätzliche Motivation für den Patienten darstellt, die Ordination tatsächlich wieder aufzusuchen.

Auch in Gespräch MMWF\_0102\_K wird ein erneuter Termin in Aussicht gestellt, dieser wird jedoch nicht konkretisiert, sondern bleibt eher vage im Raum stehen.

Bei einem Vergleich der Gespräche zeigt sich, dass besonders WahlärztInnen Redebeiträge liefern, die PatientInnen motivieren. PatientInnen werden aktiver in abschließende Behandlungsentscheidungen eingebunden, und erhalten so mehr Mitspracherecht.

Zusätzlich muss in diesem Zusammenhang jedoch darauf verwiesen werden, dass, sofern bereits im Laufe des Gesprächs genügend anschlussfähigkeitssichernde Maßnahmen getroffen wurden, ein spärliches Vorkommen in der Beendigungsphase kompensiert werden kann. Besonders wichtig ist hier auch, dass ÄrztInnen nicht nur die Notwendigkeit von anschlussfähigkeitsfördernden Maßnahmen erkennen, sondern auch fähig sind, diese auf die Bedürfnisse der jeweiligen PatientInnen abzustimmen. Sofern PatientInnen etwa von sich aus großes Interesse an einer Terminvereinbarung zeigen, muss dies nicht zusätzlich durch ÄrztInnen forciert werden. Konkrete Datumsvereinbarungen sind zwar ausgesprochen wichtig, es muss hierbei jedoch berücksichtigt werden, dass diese nicht in jedem Gespräch erforderlich sind.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sich die Vertragsart durchaus auf die Motivation der PatientInnen auswirken kann, da WahlärztInnen tendenziell nicht nur während den Gesprächen, sondern auch besonders in der Phase des Abschlusses derartige Redebeiträge liefern. Gespräche wie etwa POWW\_2500\_K zeigen allerdings, dass es auch

für KassenärztInnen möglich ist, Redebeiträge in dieser Form sinnvoll und mit vergleichsweise geringem Zeitaufwand zu realisieren. Schlussendlich zeichnet sich in der Beendigungsphase oftmals ein genaues Bild dessen, was schon während dem Gespräch zu beobachten ist: ÄrztInnen, welche generell mehr Orientierungen geben und PatientInnen aktiv in die Konsultation miteinbeziehen, liefern tendenziell mehrere anschlussfähigkeitsfördernde Maßnahmen, als jene, welche sich diesbezüglich auch in anderen Phasen des Gesprächs eher zurückhaltend zeigen.

### *Zusammenfassung*

Eine Betrachtung der unterschiedlichen Realisierungsmöglichkeiten von Gesprächseröffnungen legt offen, dass sämtliche ÄrztInnen ähnliche Muster verfolgen, und abseits von Begrüßungsformeln kaum andere Handlungstypen erkennbar sind. Wenngleich auch bei WahlärztInnen die Verwendung anderer Handlungstypen stark begrenzt ist, so zeigt sich hier doch eine vergleichsweise abwechslungsreichere Realisierung.

Obwohl längere Sequenzen der Begrüßung durchaus wünschenswert wären, da PatientInnen so die Möglichkeit erhalten, sich auf die Situation einzustellen, fokussieren ÄrztInnen vorwiegend recht knappe Begrüßungsphasen und gehen sehr schnell zu anderen Phasen des Gesprächs über.

Grundsätzlich zeigen sich ÄrztInnen für die Gesprächseröffnung verantwortlich, an dieser Stelle finden sich häufig auch schon erste Hinweise auf die jeweils fokussierten Modelle der Beziehungsgestaltung.

Deutlich wird auch, dass ÄrztInnen vielfach offene oder rituell- offene Fragen verwenden, um Gespräche zu eröffnen, dies jedoch faktisch die unvoreteilhafteste Art und Weise ist, Konsultationen einzuleiten, da von PatientInnen gleichzeitig eine Vielzahl von Aktivitäten verlangt wird. Optimal wäre eine Gesprächseröffnung, welche PatientInnen eigenständige Initiativen ermöglicht und sie in ihrer aktiven Teilnahme bestärkt. Eine solche Idealform ist in nur einem WahlärztInnengespräch beobachtbar, während ansonsten die Verwendung bestimmter Eröffnungsmethoden ausgeglichen ist.

Verabschiedungssequenzen werden häufig von beiden TeilnehmerInnen akzeptiert, selten tritt in dieser Phase die Einführung neuer Themen ein. Verzögerungen betreffen- sofern vorhanden- größtenteils organisatorische Details.

Auffallend ist zudem das häufige Auftreten von Dankesworten an ÄrztInnen, welches jedoch nur in seltenen Fällen erwidert wird und daher auf vorherrschende Differenzen in der Machtverteilung oder Wertschätzung hinweist.

Anschlussfähigkeitsfördernde Gesprächshandlungen in Beendigungsphasen sind in jedem Gespräch vorzufinden, deren Zweckmäßigkeit im Sinne einer Festigung der ÄrztInnen-PatientInnen- Beziehung und ein damit einhergehender positiver Einfluss auf langfristige Kooperation bleibt jedoch in vielen Fällen zu hinterfragen.

Motivierende Botschaften werden hauptsächlich von ÄrztInnen mit Wahlvertrag getätigt, dadurch wird Eigenständigkeit und Verantwortungsgefühl von PatientInnen betont, zusätzlich erfolgt auf diese Weise eine aktive Einbindung in abschließende Entscheidungsprozesse.

Auch hier manifestiert sich, dass jene ÄrztInnen, welche schon während den Gesprächen häufig Orientierungen geben und Anschlussfähigkeit fördern, dies auch im Rahmen der Gesprächsbeendigung aufrecht erhalten. Diesbezüglich sind vor allem WahlärztInnen besonders aktiv.

## 6.2 Körperliche Untersuchung

Findet im Rahmen einer Konsultation eine körperliche Untersuchung statt, ist diese ein zentraler Bestandteil der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion. Die Durchführung erfolgt meist nach der Beschwerdeexploration, nachfolgend knüpft größtenteils die Diagnosestellung an (vgl. Heath, 2006: 185).

Was die Definition einer körperlichen Untersuchung betrifft, so wurde im Rahmen der vorliegenden Analyse ein Zugang gewählt, welcher nicht nur „traditionelle“ Formen einer Untersuchung, wie beispielsweise die Inspektion des Mundraumes, Ultraschalluntersuchungen oder das Abtasten gewisser Körperregionen miteinschließt, sondern auch andere Typen der physischen Behandlung inkludiert.

Die Berührung oder Begutachtung einer Körperregion durch ÄrztInnen kann als direkter Eingriff in die Intimsphäre von PatientInnen gewertet werden, wobei es hierbei irrelevant ist, ob eine Injektionen gespritzt, Blutdruck gemessen oder aber ein gewisser Körperteil inspiziert wird, da PatientInnen in allen Fällen eine mehr oder weniger intensive Berührung durch ÄrztInnen, und somit eine übergangsmäßige Verletzung der Privatsphäre erlauben und über sich ergehen lassen müssen.

Es scheint aus diesem Grund sinnvoll, eine weite Definition von körperlichen Untersuchungen zu wählen, da von ÄrztInnen grundsätzlich in allen Fällen und bei jeglicher Form des physischen Kontakts mit PatientInnen ein entsprechend sensibles Vorgehen gefordert ist.

Körperliche Untersuchungen können sowohl von PatientInnen als auch von ÄrztInnen eingeleitet werden, wobei die Initiative hierfür häufiger von ÄrztInnen ausgeht (vgl. Heath, 2006: 118). Es handelt sich hierbei jedoch um eine neue Phase der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion, der damit einhergehende Wechsel erfordert daher artseitig lokale Orientierungen, welche es PatientInnen ermöglichen, beziehungsweise erleichtern, sich an der Interaktion zu beteiligen (vgl. Lalouschek, 2004: 152). Beispielhaft hierfür wären etwa Erklärungen zu Ablauf und Vorgehensweise, Sinn und Zweck einer Untersuchung, und Informationen über noch folgende Schritte.

Ein Fehlen solcher „metadiskursiver Markierungen“ führt zu einer Inkongruenz der Erwartungen an die ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion. Hierdurch wird der Gesprächsverlauf verkompliziert, vorgefestigte Ansprüche der TeilnehmerInnen nicht erfüllt und somit Unzufriedenheit bei allen GesprächsteilnehmerInnen ausgelöst (vgl. Nowak, 2010: 299; Lalouschek, 2001: 39 ff.).

Verschiedene Rollen und unterschiedliche Anforderungen an PatientInnen und ÄrztInnen beschreibt Heath folgendermaßen:

*„The examination requires a compliant, cooperative, and competent patient (a patient who is able to place himself or herself in the hands of the doctor) and a doctor who can deploy routine and methodic procedures with regard to contingencies which inevitably arise during the course of the examination.“*  
(Heath, 2006: 186)

Obwohl die körperliche Untersuchung keine Sprechhandlung an sich ist, sind begleitende sprachliche Handlungen ausschlaggebend für den Verlauf der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Gerade weil sich PatientInnen hier buchstäblich in die Hände von ÄrztInnen begeben müssen, kommt orientierungsschaffenden Redebeiträgen hier eine große Wichtigkeit zu, um einen rücksichts- und respektvollen Umgang mit PatientInnen zu garantieren.

Mit der körperlichen Untersuchung einhergehende Erklärungen können nach Billings und Stoeckle (1989: 58 ff. in: Heritage; Stivers, 1999: 1502) Verwirrung reduzieren, medizinisches Wissen von PatientInnen erhöhen und weiters Respekt vermitteln, da PatientInnen so direkt in den Prozess der Untersuchung eingebunden werden. Auch Zoppi (1997) hebt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit sprachlicher Handlungen in dieser Phase hervor:

*„Physical findings should be described to the patient, who otherwise may misinterpret a squint and silence as cues that something [...] is horribly wrong. Such feedback is probably better than attempting to distract the patient with small talk, especially if the patient is anxious.“*  
(Zoppi, 1997: 49)

Die Notwendigkeit sprachlicher Handlungen während dem Vorgang der Untersuchung scheint unbestritten, trotzdem gestaltet sich die faktische Durchführung in mehrerlei Hinsicht problematisch.

Ohne Frage sind es nicht nur praktische Gründe, wie beispielsweise ein Konzentrationsverlust der ÄrztInnen bei gleichzeitigem Sprechen oder die schlichte Notwendigkeit von Stille, um gewisse Verfahren vornehmen zu können, die dafür verantwortlich sind, dass ÄrztInnen Untersuchungen häufig schweigsam durchführen (vgl. Heath, 2006: 199). PatientInnen müssen, wie bereits erwähnt, oftmals ohnehin Hemmungen und Scheu überwinden und ihren Körper sozusagen zu einem klinischen Objekt machen (vgl. Heath, 2006: 200), um ÄrztInnen für sie unangenehme Untersuchungen überhaupt erst zu ermöglichen. Häufig ist hierbei beobachtbar, dass sich PatientInnen insofern von der Untersuchung distanzieren, indem sie ihre Blicke abwenden oder ähnliche Strategien zur Abstandsgewinnung verfolgen. Die Aufnahme eines Gesprächs und damit häufig einhergehender Blickkontakt während einer Untersuchung würde den Prozess der Distanzierung der PatientInnen verhindern oder erschweren. Insbesondere wenn Untersuchungen vorgenommen werden, die weit in die Intimsphäre von PatientInnen vordringen (wie beispielsweise bei Frauen das Abtasten der Brüste), kann gleichzeitiger Blickkontakt eine unangenehme Situation für PatientInnen auslösen oder verschärfen (vgl. Heath, 2006: 200).

Je nach Ausformung erfüllen Kommentare der ÄrztInnen unterschiedliche Funktionen. Da Eigenschaften und Wirkungen dieser sprachlichen Handlungen vorwiegend im englischsprachigen Raum untersucht werden (Heritage; Stivers, 1999; Mangione- Smith (et al.), 2003) hat sich der Begriff „online commentary“ eingebürgert, um jene Sprechhandlungen zu beschreiben, welche zeitgleich mit der körperlichen Untersuchung Informationen zu Abläufen, Befunden und voraussichtlichen Diagnosen geben (vgl. Heritage; Stivers, 1999: 1501). Hierbei werden wiederum jene Handlungen, bei denen medizinische Abläufe thematisiert werden, von jenen unterschieden, die zur Beschreibung und Evaluierung dessen dienen, was ÄrztInnen während der körperlichen Untersuchung sehen, ertasten oder hören. Insgesamt können fünf Merkmale von „online commentaries“ erkannt werden (vgl. Heritage; Stivers, 1999: 1503 f.):

1. „Online commentaries“ treten stets während oder zwischen körperlichen Untersuchungen auf.
2. Großteils werden „online commentaries“ getätigt, wenn die Untersuchung keine potentiell gefährlichen Gesundheitsrisiken aufzeigt, es werden eher harmlose oder milde Symptome beschrieben.
3. Grundsätzlich wird zwischen jenen „online commentaries“ unterschieden, welche Symptome als „existent jedoch mild“ bezeichnen (diese werden vorwiegend in Form einfacher Aussagen realisiert) und jenen, welche auf die Abwesenheit gewisser Zeichen hinweisen. Hierbei zeigt sich, dass oftmals sensorische Verben verwendet werden („*Ich sehe keine Flüssigkeit*“; „*Ich spüre keine Verhärtung*“).
4. „Online commentaries“ können einerseits als eine Art Berichterstattung über gerade gemachte Beobachtungen, oder aber als Bewertung dieser realisiert werden.
5. Da es sich bei „online commentaries“ um dem eigentlichen Prozess der Untersuchung untergeordnete Aktivitäten handelt, sind diese selten dialogisch an PatientInnen gerichtet. Dies zeigt sich anhand der Tatsache, dass kaum Blickkontakt zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hergestellt wird, und „online commentaries“ selten von PatientInnen (oftmals auch aus technischen Gründen der Untersuchung) kommentiert werden.

Eine Abgrenzung von „online commentaries“ zu expliziten Diagnosestellungen kann auf inhaltlicher Ebene gezogen werden, da hierbei zwar Beobachtungen von ÄrztInnen formuliert, jedoch argumentativ nicht in einen gesamtheitlichen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der PatientInnen gebracht werden. Zudem finden Diagnosestellungen zumeist an einer speziell dafür vorgesehenen Stelle während der Konsultation statt, „online commentaries“ werden in diesem Zusammenhang als die körperliche Untersuchung begleitende Aktivitäten erkannt (vgl. Heritage; Stivers, 1999: 1502).

Neben „online commentaries“ treten in dieser Phase der ärztlichen Behandlung auch konkrete Anweisungen an PatientInnen für das Verhalten während der Untersuchung (beispielsweise „*Bitte tief einatmen*“), sowie Fragen nach akuten Empfindungen (etwa „*Spüren Sie das?*“, „*Tut das weh?*“) auf. Diese werden ebenso wie Orientierungen an PatientInnen und Zwischenfragen als wichtige Komponenten der Kommunikation in dieser Phase betrachtet, und daher auch in der Analyse berücksichtigt.

## 6.2.1 Deskriptive Analyse der Einzelgespräche

## YNOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

[12]

A [sup]		<i>leise</i>	<i>gedehnt</i>
A [v]		((2s)) Und? Wie schaut s jetzt aus? Iss...	
P [v]	is des jo□□ eh scho... ((9s)) ((räuspern))		

[13]

A [sup]		<i>kurz</i>	
A [v]	• Na□jo□, scheen is er no net, • gö?	Nuar...	
P [v]	((ea)) • • Na□jo□, i maan...	Wiea suill ma	

[14]

A [sup]		<i>leise</i>	
A [v]		((1,5s))	Woarten S.
P [v]	sogen? ((ea)) • • • So wie s is, ((1,5s)) is hoilt. ((lachen))		

[15]

A [v]	I schau ma s nuar kuarz oh. • • (Brauchen S nuar •) (oba) (stölln). ((1,5s)) Des		
P [v]	hmhm□	Jo□	

[16]

A [v]	Zinat homben Sie no aufgeschrieben kriegt? Des Antibiotikum?		
P [v]		Jo□, des, • des	

Der Beginn der körperlichen Untersuchung ist bereits in Zeile 12 anzusiedeln, obwohl der Arzt erst durch die gesprächsstrukturierende Orientierung in Zeile 14- 15 („*Woarten S. I schau ma s nuar kuarz [oh.]*“) explizit macht, sich nun die betroffene Körperregion anzusehen. Vorangehend an die Phase der Untersuchung kommentiert der Arzt die Suche nach dem richtigen Arztbericht für den Patienten. Eine Spezifizierung der Dauer soll dem Patienten klar machen, dass die Untersuchung bald abgeschlossen ist.

Als der Arzt den Bericht findet und sich einen Überblick verschafft, entsteht eine Pause von drei Sekunden. Der Patient liefert schließlich einen recht allgemeinen und im Kontext des vorangegangenen Gesprächs nicht eindeutig zuordenbaren Redebeitrag, den er jedoch selbst abbricht (Zeile 11- 12 „*In Zeiten, wie diesen, is des jo□ eh scho...*“). Nach einer elfsekündigen Sprechpause erkundigt sich der Arzt in Zeile 12 nach dem gegenwärtigen Zustand der Wunde, und gibt bereits in Zeile 13 ein Urteil ab. Der Patient hat also die implizite Aufforderung des Arztes verstanden und ihm die Wunde gezeigt. Mit der Aussage „*Na□jo□, scheen is er no net, • gö?*“ setzt der Arzt den Patienten in Kenntnis über seine Einschätzung.

Der Arzt verwendet die Gliederungspartikel „naja“ dialektal als Einleitung seines Gesprächsbeitrages, gleichzeitig erfüllt „naja“ als Gradpartikel auch negativ wertende Funktion. Schließlich kommentiert der Arzt seine Beobachtung, und stellt eine fragende Rückmeldungspartikel an das Ende seiner Aussage, welche eine Reaktion des Patienten verlangt. Der betroffene Körperteil wird hierbei sprachlich zu einem vom Patienten unabhängigen Objekt gemacht. Um den Heilungsprozess zu beschreiben, benutzt der Arzt eine Negation und macht so klar, dass der Körperteil den erwünschten Zustand noch nicht erreicht hat.

In Zeile 15 gibt er Handlungsanweisungen an den Patienten, wie dieser die betroffene Körperregion halten soll („*(Brauchen S nuar) • (oba) [(stölln)]*“). Die dialektal verwendete

Gradpartikel „nur“ wirkt abschwächend. Es entsteht eine Pause von 1,5 Sekunden, schließlich leitet der Arzt ohne eine eindeutig sprachlich markierte Beendigung der körperlichen Untersuchung einen Themenwechsel ein und befragt den Patienten zu bisheriger medikamentöser Versorgung.

### YDOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

[11]	A [v]	• • (Und i kriegag wos ondres). • • • Taan S amal den Fuaß gonz... • Na□, •
	P [v]	schwer...
	[Komm]	(Tuen Sie einmal...)
[12]	A [v]	leicht obiegan. Go... Ja□, genau! • • Net so vüll. ((1s)) Soo□, • danke vüllmols.
[13]	A [v]	Gonz locker lassen. ((1,5s)) Des tuat nix? Jo□? ((1,5s)) Jetzt schau ma do amol.
	P [v]	Na□
[14]	A [v]	((1,5s)) Des sand die Seitenbandl. ((1s)) Tuat dees, • des a net weh?
	P [v]	Naa□! Na□, es
[15]	A [v]	Des doda? Ober• kaa Schmerzen? hmhm□
	P [v]	is nuar, dass, • • dass ma ( )... Na□, • na□. • • Nuar do
	[Komm]	(Das hier?) Pfeifgeräusche
[16]	A [v]	Jo□ _Passen S auf. • • • (Tua amol den Fuaß rundarum). • Na□!
	P [v]	umma. Do umma.
	[Komm]	Pfeifgeräusche
[17]	A [v]	• Bleiben S absichtlich (dort). ((2s)) So. ((2,5s)) Tuat des weh? ((1,5s)) Taan
	P [v]	Naa□.
	[Komm]	Türe auf, Geräusche aus Wartezimmer, Tür schließen
[18]	A [v]	S net onspinnen. Taan S net do so (onspont) lassen.
	P [sup]	leise
	P [v]	(Aso□). ((4s)) I waaß net, wos des

Im vorliegenden Gespräch kann der Beginn der körperlichen Untersuchung in Zeile 11 verortet werden. Das Ende wird nicht eindeutig markiert, es zeichnet sich jedoch ein Themenwechsel in Zeile 22 ab. Der Arzt kommentiert das Hereinkommen einer dritten Person und die damit einhergehende Unterbrechung im Gespräch mit einer gesprächsstrukturierenden Orientierung („[Ganz] (kuarz.)“).

Nachdem der Arzt in den Zeilen 8- 9 bereits eine erste diagnostische Vermutung ausspricht, deren Spezifizierung bis in Zeile 11 fortgesetzt wird, erfolgt schließlich in direkter Anknüpfung an das vorher Gesagte der Beginn der körperlichen Untersuchung. Es gibt keine sprachliche Überleitung oder Orientierung durch den Arzt, die Patientin erhält eine direkte Handlungsanweisung, welche jedoch keine Aussage über die tatsächliche Forderung enthält (Zeile 11 „Taan S amal den Fuaß gonz...“). Der Arzt schließt den Gesprächsbeitrag nicht ab, sondern modifiziert ihn kurz darauf, um der Patientin genauere Informationen zur für die

Untersuchung korrekten Haltung des Körperteils zu geben (Zeile 11- 12 „Na□, leicht obiegan. Go.“). Als die Patientin diese Stellung einnimmt, bestätigt er dies knapp, gibt aber kurz darauf mit einer weiteren Verneinung noch zusätzliche Spezifizierungen (Zeile 12 „Ja□, genau! • • Net so vüll.“). Sobald die Patientin in der korrekten Position ist, gibt er dies mit einem kurzen bedankenden Kommentar bekannt, und richtet noch eine weitere kurze Handlungsanweisung an die Patientin (Zeile 12 „Soô, • danke vüllmols. Gonz locker lossen.“). Das in die Länge gezogene „so“ kann hier als eine Antwortpartikel erkannt werden, die der Patientin (unter Umständen auch während diese noch im Begriff ist, den betroffenen Körperteil in die vom Arzt gewünschte Position zu bringen) deutlich macht, dass nun die richtige Haltung erreicht wurde. Die Gradpartikel „ganz“ verstärkt die Forderung des Arztes nach Entspannung des Körperteils. Er beginnt schließlich mit der Untersuchung, und stellt der Patientin Entscheidungsfragen zu ihrem Schmerzempfinden (Zeile 13 „Des tuat nix?“). Die Patientin verneint, der Arzt reagiert schließlich mit einer Nachfrage „Jo□?“, welche als Nachschaltung die Patientin auffordert, Akzeptanz zu signalisieren, somit ihre Aussage also zu bestätigen.

Im Anschluss fährt der Arzt im Ablauf der Untersuchung fort (Zeile 13- 15). Er beginnt mit einer Orientierung durch die er die Patientin informiert, an welcher Stelle er die Untersuchung fortsetzen will, und welchen Bereich des untersuchten Körperteils dies betrifft. Für die Beschreibung verwendet er den alltagsbekannten Begriff und verzichtet auf medizinische Termini (Zeile 13- 14 „Jetzt schau ma do amol. ((1,5s)) Des sand die Seitenbandl.“). Er verwendet die „wir- Form“, das dialektal realisierte „einmal“ markiert zusätzlich den aktuellen Übergang zur Untersuchung.

Daraufhin fragt er erneut zweimalig nach, ob die Patientin Schmerzen an gewissen Stellen empfinde, ihre Verneinung formuliert er mittels einer zusammenfassenden Rückfrage (Zeile 15 „[Ober] • kaa Schmerzen?“) um, und erhält daraufhin eine Bestätigung von der Patientin. Allerdings bezieht sich die Verneinung der Patientin hier auf zwei unterschiedliche vom Arzt untersuchte Stellen. In Zeile 15 fragt der Arzt nämlich im Rahmen einer Unterbrechung der Ausführungen der Patientin ein weiteres Mal, ob eine gewisse Stelle Schmerzen bereiten würde, die Patientin reagiert hierauf jedoch nicht mit einer Antwort, sondern bricht den Satz schließlich ab. In Zeile 15- 16 präzisiert die Patientin die Verortung der Schmerzen, der Arzt reagiert mit bestätigenden Partikeln.

Der Arzt übernimmt in Zeile 16 den Turn erneut und gibt weitere Anweisungen an die Patientin, die er abhängig von deren Reaktion präzisiert oder bestätigt (Zeile 16- 19). Bemerkenswert ist hier der Beginn seines Redebeitrages. Die Aufforderung „Passen S auf“ suggeriert, dass nun ein neuer Abschnitt begonnen wird, sozusagen die Aufmerksamkeit der Patientin gefordert ist. Nach einer Rückfrage in Zeile 17 ob die Patientin nun Schmerzen verspüre, gibt er zweimalige Handlungsanweisungen, dass die Patientin den betroffenen Körperteil entspannen müsse. Formuliert wird dies in Form eines negativen Gebots (Zeile 17- 18 „Taan S net onspinnen. Taan S net do so (onspont) [lossen].“). Der Arzt senkt während dem letzten Satz die Lautstärke, und stellt keine weiteren Fragen bezüglich des Schmerzempfindens. Die Patientin übernimmt den Turn schließlich, gibt ihr Unwissen über eine mögliche Diagnose bekannt und erklärt erneut den Unfallhergang (Zeile 18- 19). Ohne

darauf einzugehen, übernimmt der Arzt den Turn in Zeile 19- 20 und stellt der Patientin Präzisionsfragen bezüglich ihrer Schmerzen. Die Tatsache, dass der Arzt hier zu schreiben beginnt, kann als das Ende der Untersuchungsphase gedeutet werden. Auch tritt in Zeile 22- 23 eine Störung durch eine dritte Person auf, was das Ende der körperlichen Inspektion schließlich bestätigt.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle statuieren, dass der Arzt vorwiegend Redebeiträge formuliert, welche Anweisungen und Nachfragen an die Patientin darstellen. Aussagen, die jedoch auf eine mögliche Diagnose schließen lassen könnten, treten nicht auf, sondern werden erst nach der körperlichen Untersuchung thematisiert.

### QTNM\_0501\_W

Allgemeinmediziner | WahlärztInnenvertrag

Die körperliche Untersuchung findet etwa ab der Mitte des Gesprächs statt und kann in zwei Phasen gegliedert werden (Zeilen 82- 89 und 104- 108).

[82]

A [v]	Genau so is es.
P [v]	wo halt de a Bezirksstelle oder irgendwie ((unverständlich)). Miaßn Sie no

[83]

A [v]	Des• mach ma jetzt glei.	Bitte, • machen
P [v]	irgendwas medizinisch ausfüllen?	Aha, guat.

[84]

A [v]	Sie mir noch einen Arm frei, dann könn ma glei an Blutdruck messen.	••Und
P [v]		Ja.

[85]

A [v]	sonst muaß i...Sie ham jetzt achtundneunzig Kilo, was ham S Größe?
P [v]	Äh, ah

[86]

A [v]	Einunda/neunundachzig, entschuldigen Sie.	
P [v]	answarzasechzg.	Jetzt, ja des is aktuell.Sunst

[87]

A		<i>leise</i>
A [v]		Ja.
P [v]	hab i immer vieradachzg fünfadachzg.Aber jetzt bin i halt a bissl auf am	

[88]

A		
A [v]		Ja bitte.((1s)) Und mach ma
P [v]	Maximum.Aah, i glaub da muaß i s Hemd fast ausziehen.	

[89]

A [v]	Kuur.Und zwar was hätten Sie gerne?• Ähm	Bewegung, ne?
P [v]	A bisslwieder abspecken.	

Nachdem der Patient zu Beginn des Gesprächs ausführlich seinen Gesundheitszustand erläutert und seinen Wunsch nach einem Kuraufenthalt dargelegt hat, werden bürokratische Details zum Kuraufenthalt thematisiert. Die Frage des Patienten an den Arzt („*Miaßn Sie no irgendwas medizinisch ausfüll[en?]*“) in Zeile 82- 83 stellt die Überleitung zur körperlichen Untersuchung dar. Die Tatsache, dass der Patient selbst die Untersuchung einleitet, weist darauf hin, dass der Patient über ein gewisses Maß an Wissen über bürokratische Abläufe

verfügt. Diese Beobachtung bestätigt sich, da der Patient im Vorfeld thematisiert, dass er bereits Kuraufenthalte hinter sich hat.

Der Arzt reagiert hierauf mit einer lokalen Orientierung über den weiteren Verlauf und schließt mit einer Handlungsanweisung für die körperliche Untersuchung an (Zeile 83- 84 „[Des] • mach ma jetzt glei. [...] Bitte, • machen Sie mir noch einen Arm frei, dann könn ma glei an Blutdruck messen.“). Er legt den zeitlichen Rahmen fest und verwendet hierfür die „wir- Form“. Die Aufforderung an den Patienten enthält eine Bitte, und ist ebenfalls in „wir- Form“ gestaltet. Die Verwendung der „wir- Form“ zieht sich durch den gesamten Verlauf der Untersuchung, besonders zu Beginn tritt sie äußerst konsequent auf. Der Arzt beginnt mit einer Bitte und einer Anweisung, er formuliert dies allerdings in einer Art und Weise, die dem Patienten suggeriert, dass er hiermit etwas für den Arzt macht. Die Gradpartikel „noch“ deutet auf ein baldiges Ende der Untersuchung hin und hat abschwächende Wirkung, auch die zweimalige Verwendung der Gradpartikeln „gleich“ betont die Kürze und Unkompliziertheit des Vorganges.

Während der Patient also den Forderungen des Arztes Folge leistet, fragt dieser nach anderen Daten des Patienten. Dieser kommentiert in Zeile 88 schließlich, dass er, um die Anweisung des Arztes zu befolgen das Hemd ausziehen muss. Auch hier bestätigt der Arzt mit einem „Ja“ und fügt ein „bitte“ an. Hierauf wiederholt der Arzt die Aussage, dass der Patient eine Kur machen würde und verwendet hierbei erneut die „wir- Form“.

In weiterer Folge (Zeile 88- 104) klärt der Arzt Details ab, welche Form des Kuraufenthaltes der Patient bevorzugt. Sprachlich wird nicht deutlich gemacht, dass der Arzt eine körperliche Untersuchung vornimmt, in Zeile 105 zeigt sich, dass bereits Ergebnisse der Blutdruckmessung vorliegen.

[104]

A [v]		((2s)) Hu. Wir wir tuan glei weiter.
P [v]	genau an die...	((21s)) Ja, des is da Genius
P	---	

[105]

A [v]		((11s)) Was hamma daaa?Da war a Fehler.Na, mach ma glei noamal.((1,5s))
A		----
P [v]	Luzi.	Na der war...

[106]

A [v]	Sooh.((58s)) Aha. • • Neunzig neunundneunzig, jaa da hamm a heut • a bissl mehr!
A	-----

[107]

A [v]	((4s)) Und was hamma no?Sie können gern wieder runter nehmen. Also • regt mi
P [v]	Ja.

[108]

A [v]	zwar jetzt nit auf, • ja?Also ma muaß halt (hilfe, hilfe).	Jaa eh.
P [v]	((Lachen)) Es is sicher bissl	da (hart) bei Ihnen.

Der Arzt unterbricht den Patienten in einer Aussage und thematisiert die Werte der Messung. An dieser Stelle macht er klar, dass eine fehlerhafte Messung vorliegt, und gibt zwei lokale Orientierungen bezüglich des unmittelbar folgenden Vorgehens (Zeile 104 „Hu. Wir tuan glei

weiter.“; Zeile 105 „Na, mach ma glei noamal.“). Mit der Interjektion „Hu“ macht er darauf aufmerksam, dass eine Änderung im bisherigen Verlauf auftritt und verdeutlicht gleichzeitig, dass das Gespräch trotzdem bald fortgesetzt wird. Nach einer elfsekündigen Pause macht der Arzt seine Überraschung über die Messergebnisse deutlich, gibt aber im Anschluss an, dass die Messung fehlerhaft war (Zeile 105 „Was hamma daaa? Da war a Fehler.“). Diese Aussage dient als Erklärung für nicht angemessene Werte, die unerwarteten Ergebnisse zeigen sich ebenso in der Reaktion des Arztes durch die Dehnung des „daaa“. Hierauf informiert der Arzt den Patienten, dass die Messung wiederholt wird, verwendet wiederum die „wir- Form“ und stellt auch hier mit der Partikel „gleich“ die Kürze der gesamten Untersuchung dar (Zeile 105 „Na, mach ma gleich noamal.“).

Nachdem der Arzt den Beginn der weiteren Untersuchung mit einer langgezogenen Antwortpartikel „SooH.“ einleitet (Zeile 106), folgen 58 Sekunden Schweigen. In dieser Zeit wird die Blutdruckmessung durchgeführt. Das Erscheinen der Ergebnisse kommentiert der Arzt mit einem „Aha“ (Zeile 144) und gibt sodann die Werte wieder. Im direkten Anschluss folgt eine patientInnen-spezifische Bewertung der Ergebnisse (Zeile 106 „Neunzig neunundneunzig, jaa da hamm ma heut • a bissl mehr!“). Auch hier wird die „wir- Form“ benutzt, die Abschwächung „ein bisschen“ sowie die explizite Erwähnung des aktuellen Tages bewirken eine generelle Erscheinung der erhöhten Werte als nicht besorgniserregend.

Die darauf folgende Frage des Arztes in Zeile 146 bezieht sich auf weitere Werte, wird jedoch nicht vertiefend behandelt, da der Arzt schließlich den Patienten anweist, die Manschette zur Messung abzunehmen (Zeile 107 „Und was hamma no? Sie können gern wieder runter nehmen.“). An dieser Stelle ist das eigentliche Ende der körperlichen Untersuchung zu verorten, der Arzt fährt im Folgenden mit einer ausführlichen Bewertung der Ergebnisse fort. Die Anweisung an den Patienten ist in Form einer höflichen Erlaubnis gestaltet, dies wird durch die Verwendung des Modifikators „gern“ verdeutlicht. Die Überleitung zur nächsten Gesprächsphase erfolgt hier implizit.

### POWW\_2500\_K

Allgemeinmedizinerin | Kassenvertrag

[12]

A [v]	Ja . Schau ma mal, bitte. Nehmen Sie dort kurz
P [v]	Tagen wieder komplett.

[13]

A [v]	Platz. Aber nur Halsweh und und geschwollene Hals, kein
P [v]	San de (Tumore)...

[14]

A [v]	Husten? Temperatur? Also
P [v]	Temperatur achtunddreißig, neununddreißig, oder

[15]

A [v]	doch.Hm□ Kopf hoch.((5s)) Aber total.Das können Sie selbst im • Spiegel
P [v]	so.

[16]

A [v]	schauen.
P [v]	Ja, ja, ich hab s selbst auch gesehen. Ich kann auch • kaum mein

[17]

A [v]	((10s)) Okay. Sie brauchen wieder
P [v]	Sp/mein eigenen Speichel schlucken.

Die Phase der körperlichen Untersuchung umfasst die Zeilen 12- 17 und findet nach der kurzen Beschwerdeexploration der Patientin statt. Die Ärztin leitet mit einer lokalen Orientierung in Zeile 12 zur Untersuchung über und gibt gleichzeitig auch eine Anweisung an die Patientin („Ja. *Schau ma mal, bitte. Nehmen Sie dort kurz Platz.*“). Das „Ja“ bestätigt die vorangegangenen Aussagen der Patientin bezüglich ihrer Schmerzen, und dient als Gliederungspartikel zur Markierung eines Übergangs. Die Ärztin verwendet die „wir- Form“ und macht zwar klar, dass eine Untersuchung folgt, es wird jedoch sprachlich nicht endgültig geklärt, was konkret untersucht wird. Die Aussage „*Schau ma mal.*“ behält in diesem Kontext ihren sehr vagen Charakter. Das angeschlossene „bitte“ kann einerseits als der nachfolgenden Platzzuweisung an die Patientin zugehörig erkannt werden, oder aber schlichtweg als Bitte an die Patientin dienen. Die Patientin beginnt eine Frage zu stellen, wird allerdings von der Ärztin unterbrochen, welche selbst mittels zweier Entscheidungsfragen die Symptombeschreibung der Patientin spezifizieren will. Die Ärztin zeigt sich bezüglich der Antwort der Patientin überrascht (Zeile 14- 15 „*[Also doch.] Hm*“), und gibt ihr direkt anschließend eine Anweisung bezüglich der notwendigen Körperhaltung (Zeile 15 „*Kopf hoch.*“). Diese Anordnung an die Patientin ist sehr kurz gehalten und kann als Befehl verstanden werden. Nach einer Pause von fünf Sekunden gibt die Ärztin ihren ersten Kommentar während der Untersuchung (Zeile 15- 16 „*Aber total. Das können Sie selbst im • Spiegel [schauen.]*“). Die Aussage „*Aber total*“ bezieht sich auf die von der Patientin im Vorfeld getätigte Äußerung zur erneuten Entzündung und die von der Ärztin in Zeile 13- 14 bereits erfragte Symptomatik. Mit der nachfolgenden Aussage verdeutlicht die Ärztin das Ausmaß der Schwellung, wenngleich eine solche nie explizit erwähnt, sondern lediglich in Form einer Frage geäußert wurde. Durch die direkte Adressierung der Patientin wird diese in die Untersuchung und die Diagnosefindung auf gewisse Weise eingeschlossen.

Die Patientin gibt hierauf im Rahmen einer Überlappung an, dass auch sie selbst bereits die Problematik erkannt hat und spezifiziert erneut ihre Krankheitssymptome (Zeile 16- 17).

Nach einer zehnekündigen Sprechpause leitet die Ärztin mittels einer diskursstrukturierenden Partikel zur nächsten Phase des Gesprächs über und stellt bereits die Form der medikamentösen Behandlung in Aussicht (Zeile 17- 18 „*Okay, Sie brauchen wieder Antibiotika.*“). Der metasprachliche Ausdruck „*Okay*“ markiert als lokale Orientierung das Ende der körperlichen Untersuchung und dient gleichzeitig als Einleitung zur Verbalisierung des Entschlusses, zu dem die Ärztin während der körperlichen Untersuchung gekommen ist.

## GTNF\_0201\_W

Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

Im Rahmen der vorliegenden körperlichen Untersuchung werden mehrere Spritzen injiziert. Die Patientin hat bereits Erfahrung mit dieser Prozedur und gibt schon zu Beginn bekannt, dass sie die Injektionen erhalten möchte (Zeile 2- 3 „*Mir tun amal bitte de Spritzen,*“). Die Form der Formulierung könnte darauf schließen lassen, dass die Aussage eine Antwort auf eine Frage der Ärztin darstellt, bemerkenswert ist hier jedoch, dass die Ärztin keinen derartigen Redebeitrag liefert, und die Patientin diesen Beitrag völlig selbstständig tätigt. Die Ärztin bestätigt dies in Zeile 3 („*Jo, klor. Mach ma.*“), nachdem die Patientin jedoch angibt, noch eine Frage zu haben, bestimmt die Ärztin, die Injektion erst nach der Frage durchzuführen (Zeile 4 „*Na dann mach ma mal die Frage, • • [weil das] Spritzen is eh so eine • Tortur*“), und übernimmt somit die Strukturierung des Gesprächs. Die Ärztin thematisiert bereits in diesem Stadium, dass diese Prozedur schmerzhaft für die Patientin ist, das „*eh*“ signalisiert hier auch, dass die Ärztin der Patientin in diesem Bereich ExpertInnenwissen zuspricht und in diesem Fall sowohl Ärztin als auch Patientin über den Ablauf der Untersuchung Bescheid wissen. Dies wird zusätzlich durch die Verwendung der „wir- Form“ deutlich. Die Ärztin übernimmt hier das Vokabular der Patientin indem sie das Wort „Spritze“ als Bezeichnung für die Behandlung benutzt. In diesem Fall bleibt der eigentliche Vorgang im Verborgenen und wird schlichtweg als „*das Spritzen*“ umschrieben.

Der Beginn der körperlichen Untersuchung wird an keiner Stelle explizit gemacht, ein merkliches Absinken der Lautstärke der Aufnahme lässt darauf schließen, dass sich Ärztin und Patientin in den Zeilen 80 sowie 83 vom Schreibtisch entfernen und somit die körperliche Untersuchung beginnt. Die Ärztin erteilt der Patientin an keiner Stelle Handlungsanweisungen oder Aufforderungen.

In der Folge wird die Frage der Patientin sehr ausführlich behandelt, schließlich ist in Zeile 86 das Geräusch vom Anziehen von Gummihandschuhen zu hören, was auf den baldigen Beginn der körperlichen Untersuchung hindeutet. Im Anschluss werden hörbar medizinische Utensilien vorbereitet, eine Veränderung der Stimmlage der Patientin in Zeile 90- 91 lässt erkennen, dass sie eine liegende Position eingenommen hat.

[94]

A [v]	na? Vielleicht hat er den Durchfall oder irgendwas. ((ea)) Ich kann mich erinnern,
-------	--

[95]

A [v]	es is hier entlang, ge? Hier unterhalb. Genau. Ja.
P [sup]	<i>leise</i>
P [v]	Do hinunter, ((2s)) Dabei war ma ((

[96]

A [v]	Mein Gott schön.
P [sup]	
P [v]	)). Mein Sohn fliegt noch (( )) morgen. (( )) ...

[97]

A [v]	Worn Sie in Deutschland jetzt? Und wie wor s?
P [v]	Ja. Schön. Kein so schirches Wetter wie da.

[98]

A [v]	((aa)) Ah • • Gott sei Dank. Na wenn Engerl reisen, na? Sogt ma. ((ea))	
P [sup]		<i>leise</i>
P [v]		• • Wonn

[99]

A [v]	((1s)) Na.	Gar nicht ((1s)) momentan.
P [sup]		<i>leise</i>
P [v]	gehn Sie in Urlaub? ((Husten))	((4s)) Da

In Zeile 94 geht die Ärztin auch sprachlich zur körperlichen Untersuchung über, indem sie nach der Besprechung eines möglichen Verhinderungsgrundes eines Kollegen direkt nach der Platzierung der Injektion fragt („*Ich kann mich erinnern, [es is hier entlang,] ge? Hier unterhalb. Genau. Ja.*“). Die Ärztin gibt bekannt, dass sie die ungefähre Stelle bereits aus früheren Behandlungen kennt, die Patientin tätigt in Überlappung zum Redebeitrag der Ärztin eine Angabe des Ortes (Zeile 95 „*Do hinunter,*“). Die fragende Rückmeldungspartikel „*ge?*“ der Ärztin gibt der Patientin erneut die Möglichkeit konkretere Angaben zu machen, das „*genau*“ bezieht sich als Bestätigung auf die Angabe der Patientin in Zeile 95. Nach einer zweisekündigen Pause in der die Ärztin beginnt, Injektionen zu setzen, thematisiert die Patientin die Urlaubspläne ihres Sohnes (Zeile 96). Die Ärztin reagiert hierauf mit einer positiven Bewertung („*[Mein Gott] schön.*“) und fragt die Patientin nach deren Aufenthalt in Deutschland (Zeile 97 „*Worn Sie in Deutschland [jetzt]?*“). Die Form der Formulierung lässt erkennen, dass die Ärztin über ein gewisses Maß an privatem Wissen über die Patientin verfügt, sie fragt direkt und konkret nach einem speziellen Besuch. Es folgt eine Besprechung des Wetters während dem Auslandsaufenthalt, was die Ärztin mit einer Redewendung kommentiert (Zeile 98 „*Na wenn Engerln reisen, na? Sogt ma.*“). Diese Wendung bezieht sich auf gutes und schlechtes Reisewetter, und kann auch den Nachsatz „*wird sich das Wetter weisen*“ beinhalten. In diesem Fall entfällt dieser, die Ärztin verdeutlicht mit ihrer Aussage „*Sogt ma*“ allerdings, dass es sich um eine Redewendung handelt. Indirekt kann die Wendung auch als Kompliment an die Patientin aufgefasst werden.

Die Patientin erkundigt sich ihrerseits schließlich nach den Urlaubsplänen der Ärztin (Zeile 98- 99), und gibt nach der Beantwortung der Frage eine Anweisung an die Ärztin bezüglich der Platzierung der Injektionen (Zeile 99- 100 „*Da runter.*“).

[100]

A [sup]		<i>leise</i>
A [v]	Mehr mittig? Nicht links und rechts?	Ja. Ok. Ja.
P [sup]		<i>leise</i>
P [v]	runter. Na. (( ))	(( ))

[101]

A [sup]	
A [v]	Tief durchatmen. ((1s)) Dann wird das ein bissl erträglicher. ((5s)) (( ))

[102]

A [v]	((ea)) ((aa)) • • Auch nicht. ((1s)) I
P [sup]	<i>leise</i>
P [v]	((10s)) Und hom ma donn scho (( )) ?

Die Ärztin fragt zusätzlich nach der Positionierung (Zeile 100 *„Mehr mittig? Nicht links und [rechts?]“*). Die Patientin verneint, die Ärztin bestätigt dies dreimalig in der Zeile 100 und gibt der Patientin schließlich eine Verhaltensanweisung (Zeile 101 *„Tief durchatmen. ((1s)) Dann wird das ein bissl erträglicher.“*). Der zweite Satz kann als Erklärung des ersten kategorisiert werden, die Formulierung *„ein bisschen erträglicher“* macht deutlich, dass die Ärztin das Ausmaß der Schmerzhaftigkeit erkennt, jedoch eine leichte Entlastung verspricht, ohne die unangenehme Situation der Patientin in Frage zu stellen. Nach einer erneuten Nachfrage der Patientin nach fünfzehnekündiger Pause geht die Ärztin erneut auf ihre Urlaubspläne ein. In den Zeilen 103- 107 beschreibt sie die Arbeitssituation des Ehemannes und bespricht den letzten geplanten Urlaub, welcher jedoch aufgrund der akuten Erkrankung ihres Gatten storniert werden musste. Die Patientin kommentiert dies mit der Aussage in Zeile 107 (*„[(Des is meistens)]. •• Des is meistens.“*), worauf die Ärztin ihr persönliches Empfinden thematisiert (Zeile 108 *„Na i wor oba •• net erfreut.“*).

Auf ein erneutes Nachfragen der Patientin hin (Zeile 108 *„Wos hot a denn ghobt?“*) beschreibt die Ärztin die damalige Erkrankung des Ehemannes und gibt einen Ausblick auf ein mögliches Nachholen des Urlaubs. Nach einer achtsekündigen Pause erkundigt sich die Patientin, ob die Ärztin Kinder hat (Zeile 113 *„Ham S kane Kinder, nix?“*), worauf diese mit einer Verneinung reagiert (*„Leider nicht.“*). *„Leider“* signalisiert eine negative Bewertung dieser Tatsache durch die Ärztin, die Patientin reagiert mit einer beruhigenden Aussage (*„Na des kann noch kumman.“*). Im direkten Anschluss gibt die Patientin eine Anweisung die Positionierung der Injektion betreffend, welche auch als Bitte aufgefasst werden kann (Zeile 113- 114 *„Da bitte.“*).

In Zeile 114 weist die Ärztin mittels einer lokalen Orientierung auf die Positionierung der nächsten Injektion hin (*„Gut. Das Fußerl mach ma auch noch, na?“*). Dies stellt eine Überleitung zu einer neuen Phase der körperlichen Untersuchung dar. Sie verwendet hierbei die *„wir- Form“* und wählt eine Verkleinerungsform, um die Körperregion zu beschreiben. Durch die Wortwahl *„auch noch“* wird ein baldiges Ende der Untersuchung in Aussicht gestellt, mit *„na?“* wird die Zustimmung der Patientin gefordert. Hierauf gibt diese als Bestätigung der Rückfrage an, dass die Prozedur doppelt durchgeführt werden muss und spezifiziert somit die Aussage der Ärztin (Zeile 114 *„(Zweimal.)“*). Diese bestätigt mit einem *„Ja“* und greift hierauf wiederum die Thematik ihrer Kinderlosigkeit auf. Sie gibt persönliche Beurteilungen, und macht auch auf ihre Emotionen aufmerksam (Zeile 116- 117 *„Bissl traurig bin eh schon manchmal, aber...“*). Während die Patientin in Zeile 116 nochmal wiederholt, dass ein Kinderwunsch noch erfüllt werden kann, wechselt sie in Zeile 117 das Thema, ohne auf die emotionale Aussage der Ärztin einzugehen. Sie erkundigt sich hier nach dem Beruf des Ehemannes der Ärztin, diese gibt schließlich ausführliche Informationen. In Zeile 121 unterbricht die Patientin die Ausführungen der Ärztin und gibt Anweisungen bezüglich der Positionierung der Injektion. Ärztin und Patientin handeln schließlich in den Zeilen 121- 123 die richtige Stelle aus, in Zeile 121 macht die Ärztin mit einem *„Achtung“* auf die tatsächliche Injektion aufmerksam. Nach einer kurzen Pause gibt die Patientin erneut Anweisungen, die Ärztin stellt eine Rückfrage bezüglich der Positionierung der Injektion, die Patientin

beantwortet diese und fügt noch eine weitere Instruktion an die Ärztin hinzu. Die Ärztin bestätigt in Zeile 123, woraufhin die Patientin ein „Danke“ äußert. In den Zeilen 124- 125 macht die Patientin die Ärztin auf eine angeschwollene Stelle aufmerksam („*I waß net. Do is a bissi no gschwollen. (Frog mi net wie).*“). Die Patientin tut ihr Unwissen zweimalig kund, die Ärztin reagiert hierauf nicht, sondern setzt die Injektion schweigend. Die Patientin bedankt sich erneut in Zeile 125, die Ärztin reagiert mit einem „Gut“ welches gliedernde Funktion hat, und gibt nach einer zweisekündigen Pause eine Orientierung für den weiteren Verlauf der Untersuchung (Zeile 125- 126 „*Und s Fußerl weiß ich noch, gö? Das hob i no in Erinnerung.*“). Sie gibt eine Vermutung ab, welcher Körperteil noch eine Injektion erhält. Es wird deutlich, dass die Ärztin diese Prozedur schon mehrmalig bei der Patientin durchgeführt hat. Sie benutzt erneut eine Verkleinerungsform um auf den betroffenen Körperbereich zu referenzieren. Die Patientin nimmt das Thema auf und geht daraufhin auf von der Untersuchung unabhängige Beschwerden im Bereich des Fußes ein. Dies wird in den Zeilen 127- 132 thematisiert. Schließlich bittet die Patientin in Zeile 132 um ein „Fetzerl“, die Ärztin bestätigt dies. In Zeile 133- 134 fragt die Patientin schließlich nach der Wohnsituation der Ärztin, worauf diese in den Zeilen 134- 137 reagiert. Hier unterbricht sie ihre Ausführungen nach einer kurzen Wortmeldung der Patientin und erkundigt sich erneut nach der richtigen Position (Zeile 137).

In Zeile 138 fragt die Ärztin die Patientin ob noch Injektionen gemacht werden müssen („*Einmal noch?*“), dies kann jedoch ebenso als Information an die Patientin gerichtet sein. Nach der Bestätigung seitens dieser kündigt die Ärztin an, eine neue Ampulle zu öffnen. Die Patientin erkundigt sich nach der Menge der bereits erhaltenen Injektionen und bittet mit dem Verweis auf das kommende Wochenende um eine zusätzliche Injektion (Zeile 138- 141).

Nach der Bestätigung der Ärztin erinnert die Patientin an eine andere Medikation die sie per Injektion erhalten sollte (Zeile 141 „*Und donn krieg i no a Schmerzstillendes a.*“). Die Ärztin bestätigt dies mit einem „Genau“ und macht darauf aufmerksam, dass die Injektion an anderer Stelle erfolgt („*Genau. In den Popo aber, gö?*“). Sie gebraucht hier eine Verkleinerungsform um das Gesäß der Patientin zu beschreiben und macht durch die Abtönungspartikel „*aber*“ die abweichende Position deutlich. Die Rückfrage „*gö*“ signalisiert der Patientin, dass eine Bestätigung von ihr erwartet wird. Nachdem sie in Zeile 141 mit „*Genau*“ reagiert, stellt sie der Ärztin Fragen bezüglich der Ordinationsöffnungszeiten und ihrer Dienstpläne (142). Die Ärztin beantwortet diese und erkundigt sich parallel stets nach der richtigen Positionierung der Injektionen, welche dann gemeinsam mit der Patientin ausgehandelt wird (Zeile 142- 145 und 148- 149). Die Patientin thematisiert eine bestimmte Injektion, die Ärztin verabreicht ihr eine weitere (Zeile 145- 147). In Zeile 149 gibt die Ärztin eine Erklärung für eine Rückfrage und begründet dies mit der Tatsache, dass sie die betroffene Stelle nur schlecht sehen würde („*Weil ma diesmol gor nix sieht.*“), die Patientin reagiert mit einer scherzhaften Nachfrage (Zeile 149 „*Müssen S immer olles sehn?*“).

Schließlich erkundigt sich die Patientin ob noch eine weitere Injektion folgt (Zeile 151 „*(Eines ham S) noch?*“) worauf die Ärztin mit einer Orientierung auf ein baldiges Ende der Untersuchung hinweist (Zeile 152- 153 „*Für einmal geht s sich aus und donn is jetzt wirklich Schluss. No des do no (do innen) und donn sin ma fertich. [Gut.]*“). Das „wirklich“ lässt die

Aussage final erscheinen, verstärkt wird dieser Eindruck durch die Wiederholung, dass die Untersuchung dann beendet sein wird.

Die Ärztin gibt mit ihrer Aussage in Zeile 153- 154 bekannt, dass nun noch ein anderes Medikament verabreicht wird („*Jetzt ah • • schau ma was ma ((ea)) für einen...((3s)) Einmal Deflamat, ja?*“). Durch die Verwendung der „wir- Form“ wird deutlich, dass es sich um eine gemeinschaftliche Entscheidung handelt, ein fragendes „ja“ am Ende der Aussage verstärkt die Wirkung. Diese fragende Rückmeldungspartikel fordert eine Reaktion der Patientin. Schlussendlich entscheidet die Ärztin jedoch nach einer dreisekündigen Pause welches Medikament verabreicht wird. Die Patientin reagiert hierauf thematisch nicht, sie fragt die Ärztin nach einem Termin. Die Formulierung in Zeile 154- 155 „*Darf ich am Montag [Nachmittag] kommen*“ lässt die Frage durch das Modalverb „dürfen“ nach einer Bitte klingen. Die Ärztin reagiert mit einem bedingten „Ja“, das sie von der Auslastung der Ordination abhängig macht. Auch hier macht sie Gebrauch von einer Verkleinerungsform (Zeile 155 „*Platzerl!*“). Auf eine Frage der Patientin (Zeile 156 „*Is des so arg?*“) welche sich auf die Terminfindung bezieht, reagiert die Ärztin nicht, sie wiederholt die Bedingung erneut mittels einer Verkleinerungsform (Zeile 156- 157 „*• • ob noch was/ ah • Platzerl frei is.*“). Nach einer Pause von 16 Sekunden macht sie mit den Gliederungspartikeln „dann“ und „so“ nach weiteren 15 Sekunden deutlich, dass ein neuer Abschnitt eingeleitet ist. Sie gibt der Patientin bekannt, dass sich auch das Untersuchungsinstrument ändert (Zeile 157 „*Eine große Nadel jetzt.*“) und äußert nach dieser Orientierung nach 12 und 18 Sekunden Pause jeweils Gliederungspartikeln „so“.

[158]

A [v]	((18s)) So. Des wor jetzt oba wirklich • • • ein Allround Service.
P [v]	Danke, Frau Doktor. ((2s)) Ich hab

[159]

A [sup]	<i>lachend</i>
A [v]	Jo.
P [v]	mich noch nie beklagt. ((2s)) (( )) hot gsogt, Sie mochen des gut und

[160]

A [v]	Jo wirklich. ((7s))
P [v]	schön. • • Keine ... Sie sehn ja keine blauen Flecken, nichts.

Nachdem sich die Patientin in Zeile 158 bedankt und die Ärztin gleichzeitig die eigentliche körperliche Untersuchung mit den Worten „*[Des wor] [jetzt oba] wirklich • • • ein Allround Service.*“ auch sprachlich abschließt, kann diese Phase als beendet gelten. Die Formulierung des „*Allround Services*“ macht von Seiten der Ärztin die umfassenden Ausmaße der Untersuchung deutlich, das „jetzt oba wirklich“ bezieht sich auf die bereits vorher getätigten Aussagen bezüglich der baldigen Beendigung der Untersuchung. Hier hat es tatsächlich finalen Charakter. Diese zusammenfassende Aussage dient als Orientierung um zur Beendigung der körperlichen Untersuchung überzuleiten. In den Zeilen 159- 160 spricht die Patientin der Ärztin ein Lob aus. In der ersten Aussage („*Ich hab mich noch nie beklagt*“) reagiert die Patientin damit auf die Bezeichnung „Allround Service“ und stellt klar, dass das Ausmaß für sie noch nie Grund zur Beschwerde war. Diese Formulierung spielt die möglicherweise damit verbundenen Schmerzen nicht herunter, stellt aber die Tapferkeit der Patientin in den Vordergrund. Als die Ärztin dem in Zeile 160 zustimmt („*Jo*“), schließt die

Patientin mit einem Lob an (Zeile 159- 160 „*Sie mochen des gut und schön • • Keine...Sie sehn ja keine blauen Flecken, nichts.*“). Die Ärztin reagiert hierauf ebenfalls mit einer Zustimmung und Bestätigung dieses Kompliments (Zeile 160 „*Jo wirklich.*“), nach siebensekündiger Pause wechselt sie das Thema, womit die gesamte Phase der körperlichen Untersuchung als abgeschlossen gilt.

OISM\_0601\_W

Internist | WahlärztInnenvertrag

Vor der Überleitung zur körperlichen Untersuchung in Zeile 205 erfolgt eine allgemeine Bestandsaufnahme des Gesundheitszustandes der Patientin. Der Arzt stellt häufig Fragen zu bestimmten Bereichen des körperlichen Befindens und spricht die gewonnenen Informationen im direkten Anschluss schneller und etwas undeutlicher auf ein Diktiergerät.

[205]

A [v]	EKG is wunderschön, schau mer uns den Bauch an.	Leber, Galle, Niere.Sie
P [v]		Hm□.
[k]		A und

[206]

A [v]	brauchen nur die Mitte, da a bissl frei machen, und sich da hinlegen. Beine
[k]	P bewegen sich im Raum weg vom Mikrofon.

[207]

A [v]	geschwollen, nix. Krampfadern, nix- Wunderbar.	Sehr
P [v]	Na. • • • Sowas brauch i net.	

[208]

A [v]	gut. • •Kein (( )), kein ((Oberschenkel )). Und weh im Bauch in dem Sinn aa ned.
A [akz]	-

Nachdem der Arzt die Patientin über die positiven Ergebnisse des EKG unterrichtet, leitet er mit einer knappen lokalen Orientierung schließlich sehr direkt die Ultraschalluntersuchung ein (Zeile 205 „*EKG is wunderschön, schau mer uns den Bauch an.*“). Er verwendet die „wir- Form“ und gibt der Patientin einen Hinweis, welche Körperregion nun untersucht wird. Nach einer Minimalbestätigung der Patientin macht der Arzt noch konkretere Angaben in Form einer Aufzählung der zu untersuchenden Organe („*Leber, Galle, Niere.*“). Im direkten Anschluss gibt er der Patientin Anweisungen, welche Körperbereiche sie frei machen muss (Zeile 205- 206 „*Sie brauchen nur um die Mitte da a bissl frei machen, und sich da hinlegen.*“). Er verwendet hierfür zweifach Herabstufungen des Aufwands, einerseits in Form der Gradpartikel „*nur*“ und andererseits durch die Abschwächung „*bissl*“. Beide bewegen sich hörbar in einen anderen Bereich des Raumes, der Arzt stellt sogleich weitere Fragen an die Patientin, die er jedoch selbst beantwortet. Währenddessen sind Geräusche von medizinischen Geräten zu hören, der Arzt bereitet die Untersuchung vor. In Zeile 209 kommt es zu einer Sprechpause von 11 Sekunden, die der Arzt schließlich mit einem „*Gut.*“ beendet. Dieses „Gut“ dient als Überleitung zum Untersuchungsvorgang. Zeitgleich spricht der Arzt mit der Patientin über Übergewicht und gibt erste Ergebnisse bekannt.

[209]

A [v]	((11s)). Gut. Also sind s nur die vier, fünf Kilo. Die vier, fünf Kilo. ••Gut, die
A [nv]	((lachend))
P [v]	Na.
[k]	((Untersuchung der Patientin

[210]

A [v]	Hauptschlagader is schön, Sie sehn, keine Erweiterung, das is total schön. Weiter.
[k]	

[211]

A [v]	Bauch bitte fest rausdrücken, feest raus. Da is die Leber. Schön hochheben, ja.
[k]	

[212]

A [v]	Gallenblase auch schön. ((3s)) Sehr gut. Die eine Niere, die rechte, is auch in
[k]	

[213]

A [v]	Ordnung, Sie sehn! ••• Kein Stau, kein Steinchen, goar nix, das passt. Sehn Sie
P [v]	Hm□.
[k]	

Er gibt der Patientin nicht nur die Information, dass die Ergebnisse in Ordnung sind, sondern bindet sie direkt in die Untersuchung ein, indem er ihr die Möglichkeit gibt, selbst am Monitor zu überprüfen. Zudem erklärt der Arzt, dass bei einer Problematik eine „*Erweiterung*“ auftreten würde, diese jedoch nicht vorhanden ist. Schließlich wiederholt er seine Diagnose. Das abschließende „*Weiter*“ kann einerseits die Funktion haben, der Patientin ein Lob auszusprechen und sie zu einer Fortführung der derzeitigen Lebensweise zu animieren, gleichzeitig kann es auch zum nächsten Abschnitt der Untersuchung überleiten.

Der Arzt gibt der Patientin in Zeile 211 eine Handlungsanweisung und erklärt sodann, wo ein Organ am Bildschirm sichtbar wird („*Bauch bitte fest rausdrücken, feest raus. Da is die Leber.*“). Er verwendet eine höfliche Form und wiederholt die Anweisung mit einer Vokaldehnung. Erneut verbalisiert er Anweisungen (Zeile 211 „*Schön hochheben, ja.*“), das „schön“ dient zur Verstärkung, das direkt anschließende „ja“ hat die Funktion einer Bestätigung der Reaktion der Patientin. Schließlich gibt er seine Beobachtung der Unauffälligkeit der Gallenblase an die Patientin weiter und fügt nach einer Pause eine allgemeine Bewertung der Untersuchung hinzu („*Gallenblase auch schön. ((3s)) Sehr gut.*“). Bei der Untersuchung der Niere bindet er erneut die Patientin mit ein, und erklärt, welche Faktoren hier positiv zu bewerten sind (Zeile 213 „*Sie sehn! [...] ••• Kein Stau, kein Steinchen, goar nix, das passt.*“). Anschließend zeigt er der Patientin am Ultraschallmonitor an welcher konkreten Stelle eine negative Diagnose erkennbar wird, er verwendet hierbei jedoch einige Abschwächungsformen („*bisschen*“; „*leicht*“).

[214]

A [v]	mit (( )) passt genau, Sie sehn das bisschen Fettleber, was die Leber heller is, als die
[k]	

[215]

A [v]	Niere. So sehn S besser. Des san die... A leichten Fettleber. Des is
P [v]	Hm□. Was a Fettleber, hob i?
[k]	

[216]

A [v] immernoch, obwohl des ((Inigi)) schon jetzt hööö und Ihre Lebensweise, aber da ((  
[k]

[217]

A [v] )) besser zum ausse bringen, sehn S? Es is indirekt dunkler als die Leber, sonst a bissl  
[k]

[218]

A [v] leichtim hellen im Unterschied, des is dunkler. Und des was da hell is, sind  
P [v] Hm□. Ja! Und/  
[k]

[219]

A [v] Fetthäufchen, und des ghört ausseghaut. Und des is genau des panierten Fisch.  
P [v] Aha Jo, ab und zu ess ich  
[k]

[220]

A [v] Ja dasss- Ob und zu können S ruhig olles  
P [v] an/ an Speck! Weil, ob und zu...((  
P [nv] lacht  
[k]

[221]

A [v] mochn, aber Sie müssen/ (( ))wieder obatrainieren. Do is die  
P [v] )) Jo, ober...  
[k]

Hierauf erklärt der Arzt der Patientin, woran sie das Symptom erkennen kann, und zeigt ihr erneut die Problematik am Bildschirm, jedoch in verbesserter Form (Zeile 214- 215 „*Sie sehn das bisschen Fettleber, was die Leber heller is, als die Niere. So sehn S besser. [...] [Des san die...] [...] A leichten Fettleber.*“).

Der Arzt erklärt weshalb die Patientin trotz veränderter Lebensweise diese Symptome zeigt, und verweist erneut auf das Ultraschallbild am Monitor. Er wiederholt und spezifiziert die obige Erklärung, woran die Problematik am Bildschirm zu erkennen ist (Zeile 215- 219). Im direkten Anschluss macht er klar, dass hier eine Veränderung stattfinden muss, und nimmt Rückbezug auf eine im Vorfeld getätigte Aussage der Patientin bezüglich ihrer Ernährung (Zeile 126- 131).

Hierauf gibt der Arzt Handlungsanweisungen für die zukünftige Ernährung der Patientin, diese antwortet vage. Der Arzt fährt mit der Untersuchung fort und kommentiert den Zustand des nächsten Organs.

[222]

A [v] Bauchspeicheldrüsn, auch die schaut schön aus. Die woar amal aa ned ganz  
P [v] ••• Hm□.  
[k]

[223]

A [v] zufrieden, alles bestens, alles bestens.  
P [v] Nein, i glaub da ham S (( ))mit der Bauchspeicheldrüsn.  
[k]

Er bewertet den Zustand als gut, verstärkt wird dies nur die zweimalige Wiederholung von „*alles bestens*“. Gleichzeitig stellt er die Ergebnisse in einen Kontext, indem er darauf verweist, dass sich hier die Situation im Vergleich zu vorangegangenen Untersuchungen

gebessert hat (Zeile 222- 223 „Die woar amal aa ned ganz zufrieden, [alles bestens, alles bestens.]“).

[224]

A [v]	Des olles is ja gut!	Dann die Milz, die andere Niere auch
P [v]	Ja Gott sei Dank!	
[k]		

[225]

A [v]	wunderschön. Nichts. Auch do is kei Stau, nichts böses, also der Urologe wird sich
[k]	

In Zeile 224 gibt der Arzt wiederum eine allgemeine positive Bewertung der Untersuchung („Des olles is ja gut!“) und fährt mit der Untersuchung weiterer Organe fort. Nachdem er hier auch kurz über die Unauffälligkeit informiert, erklärt er der Patientin den Vorgang bei einer von ihm im Vorfeld empfohlenen Untersuchung. In dieser Phase findet keine körperliche Untersuchung statt (Zeile 225- 234).

[234]

A [v]	geht das so schnell hinauf und dann is es passiert. Herz und Lunge mach ma kurz.
P [v]	Ja, hm□.

[235]

A [sup]	<i>((räuspern))</i>	
A [v]	Kommen S nur, bittschön!((7s))Do her.	((5s)) Tief atmen mit offenem
[k]	<i>((Untersuchung der Patientin))</i>	

[236]

A [v]	Mund.	Fest husten.	Wunderbar. Prima. Nochmal.
A [nv]	<i>((husten))</i>		
P [nv]	<i>((tiefes Atmen))</i>	<i>((husten))</i>	
[k]			

[237]

A [v]	Sehr gut. Also man hört nichts mehr von dem Rauch/ von den Zigaretten.
P [nv]	<i>((husten))</i>
[k]	

[238]

A [v]	Bitte, wenn Sie kurz herstellen a bissl und gaanz locker stehn schau mer wegen der
-------	--

[239]

A [v]	Wirbelsäule-geht schon, gut. Gaanz locker stehn. Wenn man die Haut so aufheben
-------	--

[240]

A [v]	kann, Kiblersche Hautfalte nennt sich des-•• dann is der Wirbelsäulen (( )) da oben
-------	---

[241]

A [v]	is a bissl verspannt, aber sonst is gar nicht mal so schlecht.
P [v]	Ja, es geht ja sogar/ ja, weil wenn i no was sehn tät- geht ja

[242]

A [v]	Passt scho im Prinzip. Okay!Super. Wie gsagt, massieren lockert-aber
P [v]	aa nimmer.

Anschließend leitet der Arzt zu einem neuen Abschnitt der Untersuchung über. Er informiert die Patientin welche Organe nun untersucht werden und gibt erste Anweisungen, wo die Untersuchung stattfinden wird (Zeile 234- 235 „Herz und Lunge mach ma kurz. Kommen S nur, bittschön! ((7s)) Da her.“). Er verwendet hier die „wir- Form“ und stellt die Kürze der Untersuchung in den Vordergrund. Die Form der Aufforderung ist höflich, „nur“ dient hier als Gradpartikel ebenfalls zur Abschwächung. Die Patientin nimmt schließlich Platz, der Arzt gibt

knappe Atemanweisungen und macht der Patientin diese selbst vor (Zeile 235- 236 „*Tief atmen mit offenem Mund.*“). Nachdem er die Patientin auffordert zu husten, dies wiederum demonstriert und die Patientin Folge leistet, gibt der Arzt eine Reihe positiver Bewertungen, wobei nicht klar festgestellt werden kann, ob sich diese auf die Aktion der Patientin oder auf den Gesundheitszustand beziehen. Er erklärt zudem, weshalb das Ergebnis der Untersuchung positiv ist, und bittet die Patientin sodann zur nächsten Untersuchung (Zeile 237- 239). Auch tätigt er genaue Anweisungen, verwendet zum Teil die „wir- Form“ und erklärt der Patientin welche Untersuchung er nun macht. Zusätzlich gibt der Arzt Informationen über die Bezeichnung einer möglichen Diagnose und woran sich eine solche erkennen ließe. Auch hier teilt er seine Beobachtungen der Patientin mit. Obwohl er eine „Verspannung“ feststellt, gibt er schlussendlich die Information, dass alles in Ordnung ist (Zeile 242 „*Passt scho im Prinzip.*“). Der Zusatz „*im Prinzip*“ relativiert die Aussage, auch die vorhergehende Gradpartikel „*schon*“ trägt zur Vagheit der Aussage bei, da impliziert wird, dass die Erkenntnis nicht erwartbar war.

Die folgende Aussage „*Okay! Super.*“ kann als zusammenfassende Bewertung der gesamten Untersuchung verstanden werden. Gleichzeitig erfüllt sie die zusätzliche Funktion der Gliederung des Gesprächs, die nachfolgenden Hinweise für das weitere Vorgehen bilden schließlich die Beendigung dieser Phase.

*IMSM\_0103\_K*  
*Internist | Kassenvertrag*

[14]

<b>A [sup]</b>	<i>melodisch</i> <i>schneller</i>
<b>A [v]</b>	((18s)) <i>Aufsitzen.</i> ((6,5s)) <i>Tief atmen.</i> ((2s)) <i>Ein- und ausatmen.</i> ((2s))

[15]

<b>A [sup]</b>	<i>ganz leise</i>
<b>A [v]</b>	(Nochamol). ((12s)) <i>Passt schon.</i> (Hinlegn). ((16s)) (Schnell), <i>locker lassen.</i>

Die körperliche Untersuchung beginnt ohne vorherige Ankündigung in Zeile 14 durch die in Befehlsform realisierte Aufforderung des Arztes an die Patientin sich aufzusetzen („*Aufsitzen.*“). Arzt und Patientin dürften sich jedoch bereits in Zeile 9- 10 an einen anderen Platz im Raum begeben haben, da an dieser Stelle die Tonaufnahme merklich leiser wird. Diese Phase des Gesprächs folgt auf eine Reihe ärztlicher Fragen an die Patientin und eine 18 Sekunden dauernde Pause. Nach weiteren 6,5 Sekunden Pause gibt der Arzt die nächste Anweisung, erneut verwendet er einen Imperativ (Zeile 14 „*Tief einatmen.*“). Im Anschluss ergibt sich eine zweisekündige Pause, der Arzt gibt sodann die Anweisung ein- und auszuatmen. Nach weiteren zwei Sekunden erteilt er in Zeile 15 das Kommando „*Nochamol*“.

Es entsteht eine Pause von 12 Sekunden, der Arzt gibt schließlich zu verstehen, dass dieser Teil der Untersuchung abgeschlossen ist, und richtet die nächste Handlungsanweisung an die Patientin (Zeile 15 „*Passt schon. (Hinlegn.)*“). Nach der Aufforderung den zu untersuchenden Körperteil zu entspannen („*locker lassen.*“), entsteht eine Pause von 29 Sekunden.

[16]

A [sup]		<i>höher</i>
A [v]	((29s)) Milz is in Ordnung. Tief atmen. ((2s)) (Die Niere) is oke. ((4s)) (Die	

[17]

A [v]	Niere) is in Ordnung. ((4s)) Tief aatmen. ((18s)) ( ) is auch in Ordnung. ((10s))
[Komm]	

[18]

A [sup]		<i>ganz leise</i>	<i>melodisch und gedehnt</i>
A [v]	Tief aatmen.	((7s)) (Paasst). ((2s)) Seiten dreehn. ((5s)) (Jo des) ((2s)) (	
A [nv]		<i>flüstert</i>	
[Komm]	<i>Geräusche: vermut. Ultraschall</i>		

Der Arzt gibt schließlich das erste Ergebnis der Untersuchung und eine neue Anweisung bekannt (Zeile 17 „Milz is in Ordnung. Tief atmen.“). Auch erteilt er schnell Auskunft, dass der nun untersuchte Körperteil ebenfalls beschwerdefrei ist. Er wiederholt seine Einschätzung und gibt eine weitere Handlungsanweisung. An dieser Stelle macht der Arzt sprachlich explizit, dass der Körperteil in Ordnung ist. Nach einer zehnssekündigen Pause gibt der Arzt erneut eine Handlungsanweisung (Zeile 18 „Tief aatmen.“). Schließlich macht er durch ein langgezogenes „Paasst“ in Zeile 18 das Ende dieses Abschnitts der Untersuchung deutlich. Er gibt der Patientin die Anweisung sich auf die Seite zu drehen und bestätigt ihre Bewegung mit einem Responsiv „Ja“ in Zeile 18.

[19]

A [sup]		<i>leise</i>
A [v]	). ((8s)) (Passt) ((72s))	(Jetzt) passt olls, gö? ((1s)) (Jetzt
[Komm]	<i>Geräusche: vermutl. Ultraschall</i>	

[20]

A [sup]		<i>leise</i>
A [v]	grod) (und dehnen). (Hals zruck) ((15s)) Schülldrüsen is ah in Ordnung. ((7s))	

[21]

A [sup]	sehr leise
A [v]	( ) ((1s)) So, is olls oke, gö? • • • Leberwerte hoben S ongeschaut genau.
P [v]	Jo□

Auch hier gibt der Arzt zwischen mehreren Pausen der Patientin stets zu erkennen, dass die Untersuchung gut verläuft, und keine Beschwerden ersichtlich sind. In Zeile 19 bezieht sich der Arzt auf die gesamte bisherige Untersuchung und macht deutlich, dass bislang keine Probleme erkannt wurden („passt olls, gö?“). Er beendet seine Aussage mit einer Partikel, welche einerseits abschließende und gliedernde Funktion hat, zusätzlich jedoch eine Reaktion der Patientin erfordert. Nach einer letzten Anweisung („Jetzt grod) (und dehnen). (Hals zruck)“) beschreibt der Arzt, dass auch hier keine Auffälligkeiten erkennbar sind. Schließlich beendet er in Zeile 21 die Untersuchung („So, is olls oke, gö?“). Mit der Gliederungspartikel „so“ signalisiert der Arzt, dass dieser Abschnitt beendet ist, gleichzeitig gibt er der Patientin sein Resümee bekannt und schließt den Redebeitrag und die Phase der Untersuchung mittels der zusammenfassenden und in diesem Kontext gliedernden Partikel „gö?“ ab.

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung tastet die Ärztin eine Stelle in Kopfgegend der Patientin ab.

[22]

A [sup]			
A [v]	ga? • • ((ea))	Darf ich amal • das oben abtasten die	Stelle?
A [nv]		steht auf, geht zur Patientin	
P [v]			Ja,

[23]

A [v]	((1s))	So. Die Arme fallen lassen. Bitte ganz locker lassen.	((1s)) O ja,
-------	--------	---	--------------

[24]

A [v]	Frau [Name].	Wir hom schon den Übeltäter, ge? ((ea)) (( )) (( )) (( ))	
P [v]			Jo da oben,

[25]

A [v]	Ja,	aber das is von <u>da</u> weg geht das, ((ea)) is das einfach <u>kom</u>	
P [v]	Frau Dokta.		Aha□

Nachdem die Patientin kurz ihre Schmerzen schildert und eine Frage bezüglich eines schmerzstillenden Mittels an die Ärztin richtet, reagiert diese mit einer kurzen Zustimmung, welche jedoch nicht als Beantwortung der Frage der Patientin erkannt werden kann. Vielmehr handelt es sich hierbei um die Bestätigung einer von der Patientin getätigten Aussage. Die Ärztin leitet hierauf die Untersuchung in Zeile 22 ein („*Darf ich amal • das oben abtasten, die [Stelle?]*“). Die Überleitung gestaltet sich sehr höflich, die Patientin gibt schon während der Aussage der Ärztin im Rahmen einer Überlappung ihre Zustimmung. Die eigentliche Untersuchung beginnt schließlich in Zeile 23. Hier gibt die Ärztin mit einem „So“ bekannt, dass nun die Untersuchung folgt und schließt mit zwei Anweisungen an die Patientin an (Zeile 23 „*Die Arme fallen lassen. Bitte ganz locker lassen.*“). Die erste Anweisung ist in Befehlsform formuliert, die zweite Äußerung enthält eine höfliche Bitte sowie eine Verstärkung der Anweisung („ganz“). Im direkten Anschluss gibt die Ärztin bekannt, bereits die Problemstelle gefunden zu haben (Zeile 23- 24 „*O ja, Frau [Name]. Wir hom schon den Übeltäter, ge?*“). „O ja“ ist als Kommentar zur Untersuchung zu verstehen, die Ärztin macht so deutlich, dass die körperliche Untersuchung die von der Patientin thematisierten Problematiken erkennbar macht. Sie gebraucht hierbei die Abstraktion „Übeltäter“ für eine schmerzhaftes Verspannung und verwendet die „wir- Form“. Abschließend benutzt die Ärztin die Interjektion „ge“, welche eine gewisse Reaktion der Patientin fordert. Schließlich konkretisiert die Patientin die Problemstelle und macht darauf aufmerksam, dass der Schmerz aus einer anderen Richtung kommt (Zeile 24- 25).

Die Ärztin reagiert hierauf mit einer Bestätigung, schließt jedoch eine Erläuterung an, welche sie an einigen Stellen konkretisiert und gibt eine Erklärung zur Diagnose und Benennung (Zeile 25- 26 „*Ja, aber das is von da weg geht das, [(ea)] is das einfach komplett verspannt.*“ sowie Zeile 26- 29 „*Das ist nicht selten, und man nennt den • hat es auch Spannungskopfschmerz deswegen, ga? ((ea)) Das heißt • • das da [...] zieht rauf und mocht Ihnen donn wirklich Kopfschmerzen, [(ea)] und...*“). Hierbei macht die Ärztin mit „*Das ist nicht selten,*“ für die Patientin deutlich, dass, obwohl die Schmerzen an einer anderen Stelle verspürt werden, doch ihre Angabe richtig ist. Dies kann als Reaktion auf die Betonung der Patientin in Zeile 24 verstanden werden. Während der Redebeiträge nimmt die Ärztin immer wieder Bezug auf konkrete Körperstellen (Zeile 25 und 27- 28). Schließlich wird sie von der

Patientin in Zeile 29 unterbrochen, diese erläutert neue Symptome. Die Ärztin wechselt hier hörbar die Position im Raum. Da sprachlich keine Beendigung der körperlichen Untersuchung vorgenommen wird, kann dies als Überleitung zur nächsten Phase, und somit als Beendigung der körperlichen Untersuchung angesehen werden.

### XNNW\_ET01\_W

Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

Am Gesprächsbeginn wird abgeklärt, dass es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Vorsorgeuntersuchung handelt. Der erste Hinweis auf den Beginn der körperlichen Untersuchung ist ab Zeile 27 zu verorten.

[27]

Ä [v]		Okay.	So, schau ma uns
Ä [k]	<i>tippt</i>		<i>tippt 2,2s tippt</i>
P [v]	Ich hab generell immer an höheren Puls, also...		

[28]

Ä [v]	dann den Blutdruck auch noch an, ((2s)) Das gehört Ihnen,	((1,6s)) Das ist
Ä [k]		<i>flüsternd, blättern</i>
P [v]		Mhm□

Hier macht die Ärztin nach einer längeren Phase der Befundbesprechung unter Verwendung der „wir- Form“ deutlich, dass im Laufe der Konsultation eine Blutdruckmessung vorgenommen wird („So, schau ma uns dann den Blutdruck auch noch an,“). Die Ärztin gibt zeitlich keine Anhaltspunkte, geht noch im selben Turn zur Klärung organisatorischer Belange über und gibt eine Orientierung im Gespräch, welche jedoch erkennbar macht, dass vor der körperlichen Untersuchung noch eine mündliche Abklärung der Krankengeschichte des Patienten erfolgen wird. Diese Frage- Antwort- Sequenz dauert bis Zeile 49 an, hier macht die Ärztin mittels einer lokalen Orientierung klar, dass dieser Gesprächsabschnitt beendet ist, und nun die körperliche Untersuchung erfolgt („• Gut, dann schau ma zur Untersuchung.“). Erneut gebraucht sie die „wir- Form“, das „Gut“ wirkt hier gesprächsgliedernd. Nach einer 2,8- sekundigen Pause stellt sie weitere Fragen zur körperlichen Verfassung des Patienten und wiederholt ihre Empfehlung aus Zeile 18- 20, die Harnuntersuchung zu wiederholen. Die Ärztin erkundigt sich nach einem im Vorfeld bereits angesprochenen gesundheitlichen Problem, klärt ab, ob der Patient bei entsprechenden FachärztInnen in Behandlung ist und gibt Tipps zum besseren Umgang mit der Erkrankung.

[70]

Ä [v]	auch... ((1,3s)) So, okay?	So, jetzt bitte tief ein
[KO]	<i>Möbelrücken, Geräusche im Hintergrund 20,5s</i>	

[71]

Ä [v]	und ausatmen.	
P [v]	Mhm□ ((ea)) ((aa)) ((ea))((aa))	
P [k]		<i>Wiederholtes ein-und ausatmen,</i>
[KO]	<i>dumpfes Geräusch im Hintergrund.</i>	

[72]

Ä [v]	Wunderba□r, • Wenn Sie sich auf die Liege legen, dann schau ich mir den Bauch
P [v]	
P [k]	9,5s
[KO]	<i>Möbelrücken, vereinzelt klickende Geräusche</i>

[73]

Ä [v]	noch an.		
P [v]	Mhm□		In der Firma hab ich eigentlich ziemlich viel mit
[KO]		Möbelrücken, Klickgeräusche 4s	

Erst in Zeile 70 beginnt schließlich die eigentliche Untersuchung, welche mit den Gliederungspartikeln „((1,3s)) So, okay?“ eingeleitet wird. Hierdurch wird einerseits ein Gesprächsübergang deutlich gemacht, zudem wird das Einverständnis des Patienten erfragt. Nach einer 20,5- sekündigen Sprechpause in der hörbar Möbel verrückt werden, gibt die Ärztin die erste Handlungsanweisung an den Patienten („So, jetzt bitte tief ein und ausatmen.“). Nachdem der Patient Folge leistet, kommentiert die Ärztin ihre Beobachtung positiv und schließt mit der nächsten Handlungsanweisung an den Patienten an („Wunderbar. • Wenn Sie sich auf die Liege legen, dann schau ich mir den Bauch noch an.“). Sie macht dem Patienten deutlich, dass er einen Ortswechsel vornehmen muss und gibt gleichzeitig eine Orientierung über den unmittelbar weiteren Verlauf der Untersuchung. Die Formulierung im Rahmen einer Konditionalität gibt dem Patienten hier ein gewisses Maß an Mitbestimmungsrecht. Der Patient bestätigt dies mit einem „Mhm□“ in Zeile 73 und führt ein neues Thema ein. Er fragt nach einer möglichen Relation zwischen schlechten Werten und seinem beruflichen Kontakt mit Lösungsmitteln, die Ärztin reagiert, und geht schließlich in einem thematischen Zusammenhang erneut zum Thema Rauchen über. In Zeile 84- 85 unterbricht sie ihren Redebeitrag um dem Patienten eine untersuchungsbezogene Zwischenfrage zu stellen („Jaaa, weil z Sie eh in der [Fa]milie • • auch...[...] Ge? Das is ((1,8s))... Tut Ihnen das weh [...]?“). Dieser reagiert sofort, und die Ärztin erkundigt sich nach einer Bestätigung (Zeile 85- 86 „Okay. ((2,5s)) Mhm□“) nach Muttermalen und deren Beobachtung durch SpezialistInnen, worauf der Patient Auskunft und die Ärztin weitere generelle Anweisungen an den Patienten gibt (Zeile 86- 90).

[90]

Ä [v]	anschaun lassen. Genau. ((ea)) So, jetzt schau ma uns den Blutdruck noch an,	
P [v]	anschaun lassen.	Mhm□,

Die Ärztin positioniert sodann die nächste Orientierung und klärt den Patienten unter erneuter Verwendung der „wir- Form“ über die folgende Behandlung auf (Zeile 90 „So, jetzt schau ma uns den Blutdruck noch an.“). Hierauf stellt der Patient eine Frage bezüglich der Raucherentwöhnung, die Ärztin gibt ihm Informationen, bis sie in Zeile 98 die Ausführungen selbst unterbricht, um die körperliche Untersuchung zu thematisieren.

[96]

Ä [v]	Nikotinentzug. Es gibt auch den Inhalator, es gibt das Pflaster, • • es gibt jetzt daa, •
[KO]	Geräusche

[97]

Ä [v]	sofort.	Hundertfünfzehn zu Siebzig. ((1,1s)) Es
P [v]	• • Mhm□	
[KO]	Geräusche von entweichender Luft, 11s	Geräusche von entweichender Luft

Sie macht mit der Zeitangabe „Sofort“ deutlich, dass sie den Turn thematisch später weiter ausführen wird, und gibt die Ergebnisse der Messung bekannt. Nach einer Pause von 1,1 Sekunden nimmt sie das Thema der Raucherentwöhnung wieder auf, es folgt eine

ausführliche Beschreibung unterschiedlicher Medikationen und Methoden, an der auch der Patient rege teilnimmt (Zeile 98- 135).

[135]

Ä [v]	weiß man vorher halt nicht, ja? ((ea 2,2s)) Okay. • Blutdruck war sehr schön. ••M,	
Ä [k]		sehr
P [v]	Ja.	

[136]

Ä [v]	(sechundsiebzich) ((ea)) wäre i□d□e□a□□, also so, i/ •• is, mein, j/ jetzt kann ma wirklich
Ä [k]	leise

[137]

Ä [v]	noch sagen, ma hört auf zu rauchen und • • • ma hat noch nicht viel • kaputt gemacht,
-------	---

[138]

Ä [v]	ja? Weil jetzt is noch echt alles schön, es is an den Gefäßen sicher noch nicht
P [v]	Ja.

[139]

Ä [v]	s□o□viel passiert, ((ea)) also wir haben schöne Werte, schönen Blutdruck, nur über
P [v]	Mhm□

[140]

Ä [v]	die Jahre natürlich, •• wird s...	Genau.
P [v]	Na is klar, das wird dann, • s/ verengt • die Arterien, dann	

In Zeile 135 kommt die Ärztin nach dem Abschluss dieser Thematik wiederum auf die Messergebnisse zurück, bewertet diese positiv und stellt sie in einen Kontext („Okay, • Blutdruck war sehr schön. ••M (sechundsiebzich) ((ea)) wäre ideal, also so, i/ •• is, mein, j/ jetzt kann ma wirklich noch sagen, ma hört auf zu rauchen [...]“). Nachdem sie die Ergebnisse bekannt gegeben hat, verknüpft die Ärztin die Aussage mit einer erneuten Thematisierung des Rauchens, wiederholt diese in Zeile 138- 140, und stellt auch hier eine direkte Verbindung zur Raucherentwöhnung her („Weil jetzt is noch echt alles schön, es is an den Gefäßen sicher noch nicht soviel passiert, ((ea)) also wir haben schöne Werte, schönen Blutdruck, [nur] über die Jahre natürlich, •• [wird s...]“). Die Beurteilung kann grundsätzlich als ein Resümee aller im Vorfeld gemessenen Werte, sowie der Ergebnisse der körperlichen Untersuchung erkannt werden, die erneute Thematisierung des Blutdrucks dient als zusätzliche Versicherung. Da die Höhe des Blutdrucks bereits im Vorfeld thematisiert wurde, verwundert hier die Wiederaufnahme nicht.

Es entwickelt sich schließlich erneut eine Besprechung der Raucherentwöhnung, in Zeile 148 geht die Ärztin schließlich nach einer 2,5- sekundigen Pause innerhalb ihres Turns zur nächsten Orientierung im Rahmen der körperlichen Untersuchung über.

[147]

Ä [v]	ja. ((2,5s)) So, ich werd Ihnen jetzt einmal den Hals hier messen,	
P [v]		Is eh a Wahnsinn,

Der Patient übernimmt daraufhin den Turn und thematisiert bisher nicht besprochene Aspekte der Raucherentwöhnung. Die Ärztin reagiert mit Minimalbestätigungen, gibt ihre fachliche Einschätzung und tätigt in Zeile 151 erneut eine Handlungsanweisung.

[151]

Ä [v]	man is • eigentlich wieder/ die Lunge is da sehr dankbar. Weit aufmachen, nur bitte.
P [v]	Mhm□

[152]			
Ä [v]	Und a.	Já. Mhm'	Auch so vom Fitnessgrad.
P [v]	Ahhhh		
[KO]		Hintergrundgeräusche, klappern, Schritte 5,6s	

Diese Anweisung an den Patienten enthält ein abschwächendes „nur“ sowie eine Bitte an den Patienten. „Und a“ fordert den Patienten auf, den Mund zu öffnen, und kann durch seinen lautmalerischen Charakter gleichzeitig als Demonstration des gewünschten Vorgehens erkannt werden. Der Patient leistet Folge, die Ärztin gibt zwei Minimalbestätigungen und stellt eine Frage bezüglich der körperlichen Fitness des Patienten. Obwohl die körperliche Untersuchung sprachlich nicht explizit beendet wird, kann in Zeile 152 das Ende verortet werden, Hintergrundgeräusche deuten einen erneuten Ortswechsel und ein Hantieren mit medizinischen Gerätschaften an.

### 6.2.2 Funktionale Analyse und Auswertung

Der folgende Abschnitt dient dazu, unterschiedliche Aspekte körperlicher Untersuchungen funktional zu analysieren. Konkret werden folgende Bereiche berücksichtigt:

- Einleitung
- Formulierung von Handlungsanweisungen
- Vorkommen von „online-commentaries“
- Orientierungen
- Abschluss der körperlichen Untersuchung

#### Einleitung

Bereits an mehreren Stellen dieser Arbeit wurde auf die Wichtigkeit von klaren Übergängen während ärztlichen Gesprächen hingewiesen, bei der Analyse zeigte sich jedoch deutlich, dass vielfach gewisse Formen von Ankündigungen vorhanden, diese allerdings zum Teil nur mangelhaft gestaltet oder in ihrem Auftreten verspätet sind. Die Überleitungen erfolgen in unterschiedlichster Form, die Bandbreite reicht von knappen Aufforderungen in Befehlsform, über die Bitte, eine Stelle berühren zu dürfen, bis hin zu vollständig formulierten Sätzen, welche einen Übergang zu dieser Phase explizieren. Vielfach werden hier Gradpartikeln verwendet, welche den Aufwand und die Dauer der vorzunehmenden Untersuchungen abschwächen. Oftmals werden auch gewisse Elemente höflicher Interaktion genutzt, die einem respektvollem Umgang mit PatientInnen zuträglich sind. Die häufig in Erscheinung tretende „wir- Form“ stärkt zudem eine partnerschaftliche ÄrztInnen- PatientInnen-Beziehung.

In zwei Gesprächen übernehmen PatientInnen selbst die Initiative und fordern zu einer körperlichen Untersuchung auf (QTNM\_0501\_W und GTNF\_0201\_W), bemerkenswert ist hier, dass es sich in beiden Fällen um PatientInnen von WahlärztInnen handelt. Im Fall des Gesprächs GTNF\_0201\_W sei jedoch angemerkt, dass, obwohl die Patientin in der Phase der Eröffnung selbst auf die Untersuchung verweist und die Ärztin dem zustimmt, beim eigentlichen Beginn schließlich keine konkrete Überleitung seitens der Ärztin erfolgt.

Was nun generell Unterschiede bei Wahl- und KassenärztInnen betrifft, so zeigt sich, dass anhand der Einleitung einer körperlichen Untersuchung keine maßgeblichen Differenzen bei Wahl- und KassenärztInnen erkennbar sind.

#### *Formulierung von Handlungsanweisungen*

Die Wortwahl von ÄrztInnen lässt Rückschlüsse auf Beziehungsgestaltung und Umgangsformen mit PatientInnen zu. Respekt und Gleichwertigkeit werden hierbei vor allem durch höfliche Anredeformen sowie durch Erlaubniserbittung und Miteinbezug der PatientInnen ausgedrückt. Gradpartikeln dienen oftmals zur Abschwächung einer Aufforderung oder zur Betonung der Unkompliziertheit einer Prozedur.

Während körperlicher Untersuchungen ist es vielfach notwendig, dass PatientInnen gewisse Bewegungen oder Aktivitäten vollziehen (etwa Einatmen, Gelenke abbiegen, etc.). Kooperation von PatientInnen ist eine Grundvoraussetzung für körperliche Untersuchungen. Klare Anweisungen an PatientInnen sind daher unerlässlich, und auch in sämtlichen Gesprächen in gewisser Art und Weise beobachtbar. Zudem werden häufig lobende Formulierungen gebraucht, um PatientInnen deutlich zu machen, dass ihre vollzogenen Handlungen den Wünschen der ÄrztInnen entsprechen. Sie tragen zur Steuerung des Untersuchungsablaufs bei und fördern die Kooperation von PatientInnen. Die „wir- Form“ tritt bei Anweisungen an PatientInnen, welche konkrete körperliche Aktivitäten fordern nicht auf, vermutlich würden derartige Formulierungen zu einer Herabsetzung und Abwertung der Eigenständigkeit der PatientInnen führen, und sich daher negativ auf ÄrztInnen-PatientInnen- Beziehungen auswirken.

Eine weitere Möglichkeit, Handlungsanweisungen zu verdeutlichen liegt auf der metasprachlichen Ebene. Gewisse körperliche Vorgänge erlauben eine Demonstration durch den Arzt, im Fall der vorliegenden Gespräche wäre das lediglich bei Untersuchungen der Atemwege und des Bauchraums mittels Stethoskop realistisch möglich (OISM\_0601\_W und XNNW\_ET01\_W). Beide Male handelt es sich um WahlärztInnen, welche an mehreren Stellen von derartigen veranschaulichenden Mitteln Gebrauch machen. Auch wenn im vorliegenden Korpus nicht genügend Beispiele vorhanden sind, um diesbezüglich umfassende Analysen durchführen zu können, sei in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass auch diese spezielle Form der „Formulierung einer Handlungsanweisung“ grundsätzlich als sehr effektiv gilt. Reisigls Untersuchungen zu Verfahren der Verständnisförderung in ärztlichen Gesprächen (2011) entsprechend, könnte diese Form der Instruktion grob dem Bereich verständnisfördernder Körpersprache zugeteilt werden, wenngleich natürlich die Frage offenbleibt, inwieweit die hier vorliegende Aktion der ÄrztInnen nicht auch als „Reformulierung“ des vorher Gesagten gelten, oder als „Metapher zur Veranschaulichung und Konkretion“ beurteilt werden kann. In beiden Fällen wären dies jedoch Varianten der syntaktischen und semantischen Verständnisförderung.

Großteils verwenden ÄrztInnen zur Formulierung von Handlungsanweisungen höfliche Formen in unterschiedlichen Abstufungen, zum Teil treten allerdings auch sehr knappe

Befehle im Imperativ auf. Häufig werden zudem lobende Formulierungen gebraucht, um PatientInnen klarzumachen, dass ihr Handeln den Wünschen der ÄrztInnen entspricht.

Bemerkenswert ist, dass jene Formulierungen, welche PatientInnen am stärksten mit einbeziehen, von WahlärztInnen getätigt werden. Besonders in den Gesprächen QTNM\_0501\_W und XNNW\_ET01\_W wird dies deutlich. Hier werden Konjunktivformen verwendet, sowie den Patienten sprachlich suggeriert, selbst über die Durchführung der Untersuchung entscheiden zu können. Außerdem wird in diesen Gesprächen expliziert, warum die Patienten gewisse Handlungen vornehmen müssen. Dies trägt dazu bei, dass jene besser über den Sinn eines Vorganges informiert sind, die Wahrscheinlichkeit für kooperatives Verhalten steigt.

Auch KassenärztInnen machen in ihren Anweisungen Gebrauch von gewissen Formen von Bitten, indem sie beispielsweise konkret Erlaubnis für eine bestimmte Untersuchung erfragen (MMWF\_0102\_K), oder Aufforderungen dadurch höflicher ausdrücken. Es zeigt sich jedoch deutlich, dass eher knappe und in Befehlsform formulierte Angaben ausschließlich in Kassenordinationen auftreten (IMSM\_0103\_K, POWW\_2500\_K, YDOM\_0104\_K, YNOM\_0104\_K).

An dieser Stelle soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass knappe, im Imperativ gestaltete Handlungsanweisungen nicht zwangsläufig negativ zu beurteilen, sondern vielfach notwendig für eine effiziente Durchführung von körperlichen Untersuchungen sind. Wichtig ist daher nicht so sehr die konkrete lexikalische Form oder der Umfang der Formulierung von bestimmten Anweisungen, sondern vielmehr eine gesamtheitliche Aufklärung über Abläufe und Ziele, sowie eine situationsadäquate Information der PatientInnen darüber, ob ihr gegenwärtiges Verhalten den Anforderungen entspricht und wie es gegebenenfalls optimiert werden könnte.

Respektvoller und ein auf Gleichheit basierender Umgang manifestiert sich nicht ausschließlich in einem „Bitte“ vor der Aufforderung „tief einzuatmen“, sondern zeigt sich anhand der Möglichkeiten zur aktiven Teilnahme von PatientInnen an ihrer eigenen Untersuchung.

#### *Vorkommen von „online- commentaries“*

Das Auftreten und die Sinnhaftigkeit von „online- commentaries“ hängt zu einem großen Teil nicht nur von den Bemühungen von ÄrztInnen ab, derartige Gesprächsbeiträge zu gestalten, sondern wird zu einem großen Maß auch von Art und Dauer der Untersuchung determiniert. Obwohl die Untersuchungen der analysierten Gespräche äußerst verschieden geartet sind, stellen „online- commentaries“ Bestandteile jeder einzelnen Interaktion dar.

Während der Arzt in Gespräch YDOM\_0104\_K beispielsweise nur einmalig seine Beobachtung kommentiert, wird die Patientin in Gespräch OISM\_0601\_W nicht nur verbal darüber informiert, was der Arzt am Ultraschallgerät erkennt. Er bietet ihr zusätzlich die Möglichkeit, selbst am Monitor zu verfolgen, welche Organe gerade begutachtet werden, und aus welchen Gründen eine bestimmte Beschaffenheit als „gut“ oder „schlecht“ zu bewerten ist. Diese Weise des direkten Miteinbezugs macht es der Patientin möglich, direkt an der Untersuchung teilzunehmen, und bereits Informationen über mögliche Diagnosen zu

erhalten. Die Patientin tritt in diesem Gespräch sehr aktiv auf, sie gibt viele Minimalbestätigungen und stellt ebenso eine Verständnisfrage bezüglich einer vom Arzt geäußerten Diagnose. Eine ähnliche Form des Miteinbezugs der Patientin findet in Gespräch POWW\_2500\_K statt. Hier ist zwar aufgrund der Form der Untersuchung nicht möglich, der Patientin während des eigentlichen Vorganges Sicht auf die betroffene Region zu gestatten, die Ärztin stellt jedoch die Möglichkeit einer Selbstkontrolle in den Raum, was der Patientin in einer gewissen Form die Gelegenheit zur eigenständigen Überprüfung offen legt.

Neben dieser Form des fachlichen Kommentierens gibt es auch die Variante einer emotionalen Teilnahme an den Beschwerden von PatientInnen. Dies ist im Gespräch MMWF\_0102\_K beobachtbar, bei dem die Ärztin durch Stimmlage, direkte Anrede der Patientin oder Verwendung der „wir- Form“ sowie dem Gebrauch einer Abstraktion für schmerzhaft Körperbereiche Empathie für die Beschwerden der Patientin zeigt.

„Online- commentaries“ können jedoch auch thematisch losgelöst von der eigentlichen Untersuchung in Erscheinung treten, wie dies beispielsweise im Gespräch GTNF\_0201\_W der Fall ist. Hier werden während der zeitmäßig aufwändigen Untersuchung- hauptsächlich auf Initiative der PatientInnen- medizinisch völlig irrelevante Themen besprochen. Es handelt sich zwar nicht um ein herkömmliches Gespräch über Alltägliches, da vielfach Unterbrechungen von Seiten der Ärztin auftreten, welche nach untersuchungsrelevanten Kurzinformationen zur aktuellen Vorgehensweise fragt. Private und eher persönliche Sachverhalte, sowie allgemeine Informationen über Ordinationsöffnungszeiten stellen allerdings maßgebliche Bestandteile der körperlichen Untersuchung dar. In diesem Gespräch wird an mehreren Stellen die Mitbestimmung der Patientin erforderlich, diese reagiert hier jedoch nicht nur auf Aufforderung der Ärztin, sondern ergreift auch eigenmächtig die Initiative, gibt Anweisungen und stellt Forderungen. Derartig aktives Verhalten der Patientin ist in diesem Fall jedoch nicht nur auf das partnerschaftlich gestaltete Modell der Beziehungsgestaltung zurückzuführen, Gründe dafür liegen vielmehr auch in der Art der Untersuchung, die eine „Mitarbeit“ der Patientin besonders stark erfordert. Auch das umfangreiche Routinewissen der Patientin hat Einfluss auf den Verlauf der Interaktion.

Was nun konkrete Aussagen und Bewertungen im Rahmen von „online- commentaries“ betrifft, so spiegelt sich auch in den vorliegenden Beispielen die Beobachtung wider, dass ÄrztInnen vermehrt harmlose oder milde Symptome beschreiben. Konkret zeigt sich dies anhand häufig auftretender Gradpartikeln wie „ein bisschen“ oder „leicht“.

Absolute Formulierungen („total“) treten ebenso auf (POWW\_2500\_K, YNOM\_0104\_K), allerdings handelt es sich in solchen Fällen ausschließlich um die Beschreibung kurzfristiger, akuter Zustände (offene Wunden, akute Entzündungen). Krankheitssymptome, welche auf langfristige Beschwerden bezogen sind, oder auf andauernde Problematiken hindeuten könnten, werden ausschließlich in abschwächender Form verbalisiert (etwa OISM\_0601\_W, QTNM\_0501\_W).

Grundsätzlich zeigt sich, dass- sofern eine Untersuchung dies zulässt- PatientInnen stets in einer gewissen Form in die Untersuchung mit einbezogen werden sollten. Bereits an früherer Stelle wurde die positive Wirkung von „online- commentaries“ beschrieben, es sei hier jedoch

erneut darauf hingewiesen, dass bereits Kurzkomentare genügen, um Unsicherheiten von PatientInnen zu reduzieren. Ausführlichere Varianten (wie beispielsweise OISM\_0601\_W) vermitteln nützliche Informationen, und tragen so kurz- und langfristig zu einer Ermächtigung der Position von PatientInnen bei.

Die angesprochenen Unterschiede in der letztendlichen Gestaltung von „online-commentaries“ können nicht ausschließlich auf Qualitäten der Vertragsart zurückgeführt werden, hierfür sind die Möglichkeiten der Ausformungen zu stark von den jeweils durch die Untersuchung festgesetzten Bedingungen abhängig.

Was nun aber konkrete Differenzen in der Verwendung von „online-commentaries“ bei WahlärztInnen betrifft, so wird deutlich, dass PatientInnen hier mehr Möglichkeiten zur Mitsprache und aktiven Teilnahme angeboten werden. Zusätzliche Informationen oder Erklärungen zu Untersuchungsvorgängen informieren PatientInnen, führen jedoch häufig auch zu einer vertiefenden Besprechung gewisser Aspekte, welche zum Teil auch von PatientInnen selbst initiiert werden. Dies resultiert zwar meist in länger andauernden körperlichen Untersuchungen, bringt sowohl für PatientInnen und ÄrztInnen den Vorteil, dass Unklarheiten direkt angesprochen und thematisiert werden können. Missverständnisse, deren Aufklärung an anderer Stelle im Gespräch weitaus mehr Zeit in Anspruch nehmen, deren Bestehenbleiben jedoch schwerwiegende Folgen für den Gesundheitszustand von PatientInnen nach sich ziehen können, werden so vermieden.

Der Vollständigkeit halber muss zudem klargestellt werden, dass keine in diesem Korpus vorgenommene Untersuchung eine Einbindung von PatientInnen völlig verhindert, vielmehr wird deutlich, dass selbst in zeitlich sehr knapp bemessenen Untersuchungen Kurzkomentare nicht nur möglich, sondern durchaus üblich sind (POWW\_2500\_K, IMSM\_0102\_K).

### *Orientierungen*

Orientierungen dienen vorwiegend dem Abgleich von Erwartungen von PatientInnen mit Anforderungen von ÄrztInnen, im Kontext körperlicher Untersuchungen nehmen sie besonders in der Phase der Überleitung sowie in jener der Beendigung entscheidende Rollen ein. Um eine Abgrenzung zu „online-commentaries“ herzustellen, wird hier klar gemacht, dass es sich bei Orientierungen um jene Redebeiträge handelt, welche es PatientInnen ermöglichen, Informationen über zukünftige Schritte im Gespräch oder in der Untersuchung zu erlangen. Idealerweise sind Handlungsanweisungen mit Orientierungen verknüpft, somit werden einzelne Aufforderungen in einen Gesamtkontext gesetzt. Ein Beispiel einer solchen Verknüpfung bietet etwa das Gespräch QTNM\_0501\_W, bei dem der Arzt im Rahmen eines „online-commentary“ seine Verwunderung über Untersuchungsergebnisse ausdrückt, gleichzeitig aber darauf hinweist, dass es sich hierbei um einen Fehler handelt. Die anschließende Orientierung, dass die Messung wiederholt wird, wird somit kontextualisiert, der Patient ist also sowohl über das Ergebnis der Untersuchung, als auch über nachfolgende Schritte informiert.

Klare Übergänge schaffen Transparenz und helfen PatientInnen, ihre Erwartungen und Handlungen an Forderungen und Pläne der ÄrztInnen anzupassen. Vorbildhaft kann in diesem Fall die Verwendung von Orientierungen im Gespräch XNNW\_ET01\_W angeführt werden. Die Ärztin macht bereits an früher Stelle im Gespräch deutlich, welche konkrete körperliche Untersuchung vorgenommen wird, und gibt dem Patienten zum Teil auch bekannt, welche weiteren Prozeduren folgen werden.

Lokale Orientierungen können dazu dienen, PatientInnen über konkrete Vorgehensweisen zu informieren, die Ärztin in Gespräch GTNF\_0201\_W nutzt dies beispielweise, um die Patientin darüber aufzuklären, dass sie nun einen Wechsel des Untersuchungsinstruments vornehmen wird.

Grundsätzlich sind Orientierungen zwar immer positiv zu bewerten, es scheint jedoch sinnvoller zu sein, konkrete Angaben diffusen Ankündigungen (beispielsweise „*Dann schau wir mal.*“) vorzuziehen. Ein Fehlen solcher Anweisungen und Erklärungen zum Ablauf ist nur bedingt negativ zu bewerten, da bei gewissen, allgemein bekannten Prozeduren (wie beispielsweise einer Blutdruckmessung) zu genaue Erklärungen als eine Unterschätzung der PatientInnen interpretiert werden könnten.

Es zeigt sich, dass ÄrztInnen, welche im gesamten Verlauf der Konsultation mehrere Orientierungen tätigen, auch während der Untersuchung eher genaue und konkrete Angaben machen. Zudem wird deutlich, dass ÄrztInnen meist sehr kooperativ auf Nachfragen von PatientInnen während Untersuchungen reagieren. Obwohl diese Orientierungen fremdinitiiert sind, erfüllen sie ihren Zweck als lokale oder globale Hinweise.

Was nun Unterschiede beim Vorkommen von Orientierungen während einer Untersuchung bei Wahl- und KassenärztInnen betrifft, scheint offengelegt worden zu sein, dass auch hier ein Auftreten vermehrt in wahlärztlichen Ordinationen zu beobachten ist.

Orientierungen allein genügen jedoch nicht als alleiniger Indikator für qualitativ hochwertige Informationsweitergabe an PatientInnen. Dies zeigt sich besonders deutlich im Gespräch OISM\_0601\_W oder MMWF\_0102\_K. Auch ist ihr Auftreten keinesfalls auf körperliche Untersuchungen begrenzt, Phasen nach einer Untersuchungen enthalten häufig eine Vielzahl von Orientierungen, welche PatientInnen über Ergebnisse und generelle zukünftige Schritte informieren (etwa in den Gesprächen YDOM\_0104\_K oder YNOM\_0104\_K).

Orientierungen während einer Untersuchung sind ohne Zweifel zentrale Elemente eines respektvollen Umgangs mit PatientInnen und dienen zur Vermeidung von Unklarheiten. Entfallen diese Elemente jedoch während einer Untersuchung, so führt dies keinesfalls zwangsläufig zu Komplikationen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion. Ein Fehlen kann, wie aus den oben angeführten Beispielen deutlich wird, vergleichsweise unproblematisch durch später realisierte Orientierungen kompensiert werden.

#### *Abschluss der körperlichen Untersuchung*

An vielen Stellen dieser Arbeit wurde bereits auf die Notwendigkeit deutlicher Übergänge zwischen einzelnen Abschnitten der Gespräche verwiesen. Dies trifft auch für die Phase der

körperlichen Untersuchung zu, bei der jedoch nicht nur die Einleitung gewisse gesprächsstrukturierende Schritte erfordert, sondern auch der Abschluss dementsprechend klar gestaltet sein muss.

In den meisten beobachteten Gesprächen erfolgt eine mehr oder weniger explizite Verbalisierung des Gesprächsabschlusses. Vielfach ist hier im Vorfeld eine gewisse Form interner Zusammenfassungen zu beobachten, welche die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung resümieren, bevor schließlich ein Themenwechsel erfolgt, und die Phase der körperlichen Untersuchung als abgeschlossen gilt (Gespräch POWW\_2500\_K, OISM\_0601\_W, IMSM\_0103\_K, GTNF\_0201\_W).

Obwohl beide Ärzte in den Gesprächen YNOM\_0104\_K und QTNM\_0501\_W das Ende der Untersuchung nicht konkret aussprechen, deuten ihre Aussagen bezüglich der weiteren Versorgung durch eine Assistentin beziehungsweise die Bemerkung, dass der Patient nun die Manschette zur Blutdruckmessung abnehmen kann, einen Phasenübergang durchaus an.

Keine konkrete sprachliche Beendigung der körperlichen Untersuchung findet sich in den Gesprächen XNNW\_ET01\_W, MMWF\_0102\_K und YDOM\_0104\_K, bei denen ÄrztInnen ohne weitere orientierende Äußerungen eine neue Phase der Interaktion initiieren.

Allen Beendigungen der Untersuchung ist gemein, dass an dieser Stelle häufig Schweigen auftritt, welches als zusätzliche Markierung eines Übergangs erkannt werden kann.

Bezüglich etwaiger Differenzen zwischen Wahl- und KassenärztInnen ist hier ein absolutes Gleichgewicht zwischen den Formen der Beendigung erkennbar. Aus dem untersuchten Datenmaterial lässt sich schließen, dass die Form der Beendigung einer körperlichen Untersuchung keinen Zusammenhang mit der Vertragsart der jeweiligen ÄrztInnen aufweist.

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass körperliche Untersuchungen zum größten Teil von ÄrztInnen initiiert werden. Bei Überleitungen werden häufig Gradpartikeln zu Abschwächung des Untersuchungsumfangs gesetzt und auf die „wir- Form“ zurückgegriffen, um eine Kooperation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu betonen.

Der Miteinbezug von PatientInnen in die Untersuchung kann einerseits auf Ebene der Formulierung von Handlungsanweisungen geschehen, indem hier ein partnerschaftlicher und auf gegenseitiger Wertschätzung basierender Modus gewählt wird, um PatientInnen Aufforderungen zu vermitteln. Zudem kann auch durch „online- commentaries“ eine aktive Eingliederung von PatientInnen in das aktuelle Geschehen forciert werden.

In Abhängigkeit der durch die jeweils von der Untersuchungsform vorgegebenen Rahmenbedingungen zeigt sich hier, dass WahlärztInnen mehr Aufwand betreiben, PatientInnen zu informieren und Erklärungen anzubieten, und somit kooperatives Verhalten und Verständnis von Seiten der PatientInnen fördern.

Die Wortanzahl ist in diesem Kontext nicht zwangsläufig ein Indikator für situationsgerechte Formulierung von Handlungsanweisungen, es zeigt sich jedoch die Tendenz, dass längere Passagen grundsätzlich mehr Möglichkeiten für PatientInnen bieten, passive Rollenzuschreibungen zu überwinden.

Kommentare während Untersuchungen betreffen ausschließlich positive Bewertungen oder milde Symptome, je umfangreicher die Gestaltung, desto höher auch die langfristige Relevanz durch einen allgemeineren Informationsgewinn der PatientInnen.

Auch hier zeigt sich ein Ungleichgewicht bei Wahl- und KassenärztInnen. ÄrztInnen mit Wahlvertrag setzen mehr Initiativen um PatientInnen mit in das Gespräch und die Untersuchung einzubeziehen, Fragen und Kommentare von PatientInnen während dieser Phase werden durchaus ausführlich behandelt. Untersuchungen dauern bei WahlärztInnen daher tendenziell länger.

In diesem Zusammenhang als besonders interessant erweist sich ein Vergleich der Gespräche OISM\_0601\_W und IMSM\_0103\_K. Obwohl in beiden Gesprächen eine ähnliche Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes vorgenommen wird, könnte die Realisierung nicht unterschiedlicher sein. Während der Wahlarzt in Gespräch OISM\_0601\_W der Patientin ausführliche Informationen bietet, diese auch zusätzlich am Monitor veranschaulicht und gewisse Anweisungen an die Patientin auch selbst demonstriert, beschränken sich „online- commentaries“ beim Kassenarzt in Gespräch IMSM\_0103\_K auf einzelne Worte, auch Anweisungen sind vorwiegend in Imperativform gestaltet.

Orientierungen während körperlicher Untersuchungen sind besonders dann sinnvoll, wenn sie mit aktuellen Ergebnissen oder bereits besprochenen Thematiken verknüpft werden. So können auch Handlungsanweisungen in einen Gesamtkontext gesetzt werden, der es PatientInnen durch zusätzliche Informationen ermöglicht, ein umfassenderes Verständnis für Prozeduren oder ihre eigenen Beschwerden zu erlangen. WahlärztInnen machen hiervon öfter Gebrauch, und tragen somit zu einer stärkeren Einbindung der PatientInnen in den Untersuchungskontext bei. Zusätzlich zeigt sich die Tendenz, dass jene ÄrztInnen, welche im gesamten Verlauf des Gesprächs Orientierungen an PatientInnen geben, dies auch während, oder sofern dies nicht möglich ist, unmittelbar nach der Untersuchung fortführen.

Beendigungen von körperlichen Untersuchungen gehen meist mit kurzen Phasen des Schweigens einher, oftmals treten auch Gliederungspartikeln an die Stelle von Explizierungen des Untersuchungsendes durch ganze Sätze. Unterschiedliche Formen treten in den vorliegenden Gesprächen unabhängig von der Vertragsart auf.

### **6.3 Ärztliche Reaktionen auf Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen**

Fragen und Fragehandlungen bilden eine elementare Komponente der ÄrztInnen-PatientInnen-Kommunikation. Obgleich in der bisherigen sprachwissenschaftlichen Untersuchung von Fragen im medizinischen Kontext der Fokus auf ärztliches Fragen gelegt wurde, wird dieser Bereich im Folgenden nicht konkreter thematisiert.

Zweck der Analyse ist es, Fragen von PatientInnen herauszuarbeiten, und in diesem Zusammenhang Reaktionen von ÄrztInnen zu beleuchten. Hierdurch soll schlussendlich eine Aussage darüber getroffen werden, ob, und wenn ja in welcher Form ÄrztInnen auf Fragen von PatientInnen reagieren.

Im Folgenden wird eine Klassifizierung unterschiedlicher Fragetypen vorgenommen, sodass schlussendlich eine Eingrenzung der für die Analyse relevanten Aspekte erfolgen kann.

Eine Einteilung kann sowohl auf pragmatischer, als auch auf semantischer Ebene stattfinden (vgl. Wunderlich, 1976: 183). Die vorliegende Klassifikation orientiert sich an Wunderlichs (1976) Ausführungen zu diesem Thema.

Grundsätzlich können, wenngleich Wunderlich anmerkt, dass kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht, fünf unterschiedliche Typen von komplexen Fragesätzen erkannt werden:

- „1. Sätze für E- Fragen (Entscheidungsfragen, Satzfragen oder Ja/Nein- Fragen);
2. Sätze für W- Fragen (Bestimmungsfragen, Ergänzungsfragen, Wortfragen);
3. Sätze für D- Fragen (Disjunktive Fragen, Alternativfragen);
4. Sätze für R- Fragen (Rückfragen, Bestätigungsfragen);
5. Sätze für B- Fragen (Begründungsfragen, Warum- Fragen)“ (Wunderlich, 1986: 184)

Was den Terminus der Entscheidungsfrage angeht, so sei hier auf eine mögliche Missverständlichkeit hingewiesen, da derartige Fragen oftmals nicht zwangsläufig eine Entscheidung verlangen, sondern vielmehr die Antwort im Sinne eines „logischen obs“ erwartet wird (vgl. Frier, 1981: 47 in Peretti, 1993: 27). Bezüglich der Entscheidungsfragen sowie der Ergänzungsfragen ist zudem auf die Antwortbezogenheit hinzuweisen, da nicht die Frage selbst, sondern tatsächlich die Antwort entscheiden oder ergänzen soll (vgl. Peretti, 1993: 27).

Hauptaugenmerk bei der Untersuchung wird auf Rück-, und Bestätigungsfragen gelegt, da anzunehmen ist, dass an dieser Stelle nicht nur die Informationsweitergabe durch ÄrztInnen bestmöglich untersucht werden kann, sondern sich auch die Möglichkeit eröffnet, Aussagen über zentrale Komponenten der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion (beispielsweise die Form der Beziehungsgestaltung) zu treffen. Zudem werden Bestimmungs-, Ergänzungs-, und Wortfragen mit in die Analyse einbezogen, sowie das Vorkommen von Entscheidungs-, Satz-, und Ja/Nein- Fragen beleuchtet.

Ziel ist es schließlich, nicht nur einen Überblick über das Frageverhalten der PatientInnen zu erhalten, sondern vor allem ärztliche Reaktionen zu analysieren.

### 6.3.1 Deskriptive Analyse der Einzelgespräche<sup>4</sup>

YNOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

Insgesamt führt der Patient während des Gesprächs neunmal eine Sprechhandlung des Fragens durch.

Was das Vorkommen von Rück- und Bestätigungsfragen betrifft, so stellt der Patient bereits am Beginn des Gesprächs (Zeile 5- 6) eine derartige Frage an den Arzt, welche durch die fragende Rückmeldungspartikel „oda“ in Erscheinung tritt. Inhaltlich klärt der Patient hier den

<sup>4</sup> Es wird hier darauf verzichtet, Transkriptzeilen zur Veranschaulichung einzufügen, da die beobachteten Sequenzen zumeist sehr kurz ausfallen.

Arzt auf, dass er bezüglich des weiteren Vorgehens nicht informiert ist und gibt durch die Formulierung als Frage seine diesbezügliche Vermutung bekannt. Der Arzt reagiert mit einer Aufforderung an den Patienten sich kurz zu gedulden und macht ihn darauf aufmerksam, dass er noch auf der Suche nach Behandlungsunterlagen des Patienten ist (Zeile 7- 12). Hierbei gibt der Arzt bezüglich des weiteren Vorgehens keine Informationen. Nachdem er die benötigten Dokumente gefunden hat, schließt er eine Frage nach dem Zustand der Wunde an und geht hierauf zur körperlichen Untersuchung über (Zeile 12- 15).

Was den Fragetypus der Bestimmungs-, Ergänzungs-, und Wortfragen betrifft, ist die erste derartige Sprechhandlung des Patienten in Zeile 13- 14 zu verorten. Hier sucht der Patient nach den richtigen Worten um seine derzeitige Situation zu beschreiben und macht dies sprachlich deutlich („*Wiea suill ma sogen?*“). Ohne eine Reaktion des Arztes abzuwarten fährt er direkt in seinem Versuch der Beschreibung fort, der Arzt nimmt hierauf ebenfalls nicht Bezug.

Als der Patient in Zeile 28- 30 den Arzt mittels einer W- Frage nach dem weiteren Vorgehen fragt, realisiert er dies im Rahmen zweier Entscheidungsfragen. Die erste hiervon fällt kurz aus und besteht lediglich aus einem fragend formulierten Vorschlag „*Nix?*“ (Zeile 29), der Patient konkretisiert dies jedoch sogleich mittels der Frage „*Brauch i [nix mochen?]*“. In Zeile 28- 29 („*Aah, wos, ••• ahm, ••• wos muass den i mochen, wonn Sie miar jetzt do was neichs aufgeben, ((ea)) •• bis am Freitag, nix? Brauch i [nix mochen?]*“) gibt der Arzt im Rahmen einer Überlappung Auskunft („*[Naa, i glaub] net. I glaub net.*“). Der Arzt formuliert vorerst seine Aussage in Form einer Vermutung, was sich abschwächend auf hierarchische Unterschiede zwischen Patient und Arzt auswirkt, da dieser somit Teile seiner ExpertInnenrolle kurz ablegt. Er schließt mit einer Erklärung für seine Entscheidung an, wobei er sich hierbei auf die Instanz des Krankenhauses beruft (Zeile 30- 32).

Eine R- Frage tritt in Zeile 35 auf, nachdem der Arzt die Wunde sowie den in diesem Fall langsam verlaufenden Wundheilungsprozess thematisiert. Die Frage des Patienten „*Is des net?*“ ist hier die Reaktion auf eine Aussage des Arztes in Zeile 35, der eine umgangssprachlich formulierte negative Beurteilung des Zustands der Wunde gibt („*•• berühmt is des net.*“). Die Wiederholung des Gesagten in Form einer Rückfrage durch den Patienten führt zu einer Verdeutlichung der Aussage des Arztes, welcher in Zeile 35 eine eindeutige Bestätigung, und schließlich genauere Informationen zum Heilungsprozess gibt. Hierauf beginnt der Patient eine Entscheidungsfrage zu stellen (Zeile 38- 39 „*•• Aha□. Also, suill i, ••• suill i moarn...*“), der Arzt unterbricht ihn hier und gibt eine Anweisung für das weitere Vorgehen. Diese ist in Frageform realisiert (Zeile 39 „*Dass moarn numol kumman, jo□?*“) und wird von einer Erklärung zur Entscheidung gefolgt (ab Zeile 39- 41).

In Zeile 47 stellt der Patient erneut eine W- Frage, indem er sich nach dem weiteren Vorgehen zur Sicherung einer besseren Heilung erkundigt („*Wos suill i do tuan?*“). Der Arzt reagiert hierauf mit einer Handlungsanweisung (Zeile 47- 48). Nach einer Antwort des Patienten ergibt sich ein dialogisches Gespräch über Handlungsmöglichkeiten, in dessen Rahmen der Arzt auch eine genauere Erklärung der Problematik liefert (Zeile 47- 62). Als der

Arzt in Zeile 59- 60 die Diagnose erläutert, stellt der Patient eine Entscheidungsfrage (Zeile 60 „••• *Is des normal oder net normal?*“), welche der Arzt sehr eindeutig beantwortet und schließlich zusätzliche Informationen vom Patienten einfordert. Die nächste Entscheidungsfrage tätigt der Patient in Zeile 73- 74, wo er sich danach erkundigt, ob ein Dokument beim Arzt bleibt („*Bleibt des do bei Ihna?*“), der Arzt reagiert hierauf zuerst mit einer knappen Beantwortung (Zeile 74 „*[Kuihl]en ihn Sie.*“), gibt jedoch in Zeile 74- 75 eine Erklärung für seine Entscheidung.

Die W- Frage des Patienten „*[Wiea schaut] denn des jetzt aus?*“, welche er im Rahmen einer Überlappung mit der Aussage des Arztes tätigt (Zeile 89), bezieht sich auf das weitere Vorgehen. Im direkten Anschluss gibt der Patient den seiner Meinung nach folgenden Handlungsablauf bekannt, wobei der Arzt hierbei unterstützend unterbricht und die Aussage des Patienten vollendet (Zeile 91- 94).

Die folgende R- Frage in Zeile 94- 95 („*Weil Mitte August • foahrat i auf Urlaub, net?*“) tätigt der Patient im Rahmen der Besprechung des langfristigen Vorgehens. Er macht den Arzt auf seine Abwesenheit aufmerksam, die Rückmeldungspartikel verstärkt die Wirkung der Aussage durch eine direkte Adressierung des Arztes. Eine erneute Rückfrage in Form einer Wiederholung des Gesagten des Arztes in Frageform ist im direkten Anschluss an Stelle 95 zu erkennen („*[Miassat] schon?*“). Beide Male reagiert der Arzt kurz, der Patient rückübernimmt jedoch durch Unterbrechungen die Turns, sodass der Arzt seine Aussagen nie vollenden kann. Erst in Zeile 98 gelingt es ihm schließlich, die Frage des Patienten mit einer inhaltlich gehaltvolleren Aussage zu beantworten.

#### YDOM\_0104\_K

Allgemeinmediziner | Kassenvertrag

Die Patientin stellt in dieser Interaktion nur vereinzelt Fragen, insgesamt richtet sie an vier Stellen im Gespräch Entscheidungs- und Alternativfragen an den Arzt. Obwohl die Patientin an mehreren Stellen ihr Unwissen markiert (Zeile 6 „*((4s)) Jetzt waaß i net, wo s des is.*“, Zeile 18- 19 „*I waaß net, wos des is.*“) tätigt sie erst in Zeile 24- 25 eine erste Entscheidungsfrage. Nachdem eine dritte Person im Rahmen einer Störung (Zeile 22- 23) eine Information übermittelt, übernimmt die Patientin im Anschluss daran den Turn durch Selbstzuweisung. Sie beginnt den Redebeitrag in Zeile 24 und gibt hier einen Vorschlag für eine aus ihrer Sicht plausible Diagnose („••• *I hob ma eben a scho docht, vielleicht, dass der Meniskus...*“). Im direkten Anschluss (Zeile 24- 25) an den Abbruch dieses Redebeitrags stellt die Patientin die Frage: „*Oda konn ma mit am Röntgen wos sehn?*“. Diese Aussage bezieht sich auf einen möglichen Weg zur Diagnose, das „oda“ am Beginn signalisiert einen gewissen Gegensatz zum vorher geäußerten Vorschlag. Der Arzt reagiert mit einer vagen Zustimmung, und stellt sogleich weitere Fragen zum Beschwerdebild an die Patientin.

In Zeile 31 erkundigt sich die Patientin schließlich nach der Auswahl an Medikamenten. Nachdem der Arzt ihr befohlen hat, schmerzstillende Medikamente einzunehmen, tut die Patientin kund, dass sie ab nun den Rat des Arztes befolgen wird, und fragt gleichzeitig nach dem passenden Präparat für solche Fälle („*Denn loss i (holt) a Voltaren. ((1,5s)) [Oder gibt s irgendwas?]*“). Die erste Aussage zeigt, dass die Patientin bereits ein bestimmtes

Schmerzmedikament kennt, die Alternativfrage zielt jedoch darauf ab, genauere Informationen zu Wahlmöglichkeiten zu erhalten. Gleichzeitig mit der Frage der Patientin tätigt auch der Arzt eine Aussage, in der er ein Beispiel für ein Schmerzmittel gibt. Es folgt schließlich keine weitere Beantwortung der Frage mehr.

Die folgende Alternativfrage bezieht sich auf den bürokratischen Ablauf der Medikamentenverschreibung, die Patientin erfragt hier, ob der Arzt ihr ein Rezept ausstellt (Zeile 66 „••• Oder Sie schreiben ma auf?“). Der Arzt gibt hier eine implizite Beantwortung, indem er mit einer rhetorischen Frage und der dazugehörigen Antwort „Wissen S was? I schreib Ihna ondere auf,“ (Zeile 66- 67) reagiert. Sogleich schließt er neue Informationen an und klärt die Patientin über Namen und Dosierung des Medikaments auf.

Die letzte Frage der Patientin betrifft den organisatorischen Ablauf. Hier tätigt sie in Zeile 72-74 die Aussage „[Konn i des ah [...] auf da Krankenkasse in [Ort] a be...“. Nachdem die Patientin diese Aussage abbricht, reagiert der Arzt mit einer Bestätigung (Zeile 73 „Jo□jo□, freilich, freilich.“) und fährt sodann mit der Beschreibung seiner gegenwärtigen Tätigkeit fort. Er informiert die Patientin, dass er selbst gerade Überlegungen zum bestmöglichen organisatorischen Ablauf anstellt.

#### QTNM\_0501\_W

Allgemeinmediziner | WahlärztInnenvertrag

Nach einer lange andauernden Beschwerdebeschreibung des Patienten tritt in Zeile 72- 73 eine erste Alternativfrage auf, welche den organisatorischen Ablauf einer Antragseinreichung betrifft („Was i net waß am Anfang, normal zahlt ja die Kur die • Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten oder muaß i da Gebietskassa?“). Hierauf reagiert der Arzt sofort mit einer Verneinung, gleichzeitig expliziert der Patient seine Frage mit der Aussage „[Des] war mia [nit kloa.]“, hier erklärt der Arzt in Form einer Überlappung dem Patienten welche Krankenkasse zuständig ist (Zeile 73- 76). Der Patient möchte daraufhin weitere Informationen und stellt eine W- Frage bezüglich des Versicherungstyps, welche zwei Reparaturen enthält (Zeile 76- 77). In der nächsten Zeile gibt der Patient jedoch selbst eine Vermutung ab, der Arzt bestätigt dies (Zeile 78) und lässt erneut eine Erklärung zum organisatorischen Ablauf folgen (Zeile 78- 79). Hierauf stellt der Patient eine Entscheidungsfrage (Zeile 80 „[Soll i s dann selber] einschicken?“). Der Arzt beantwortet die Frage mit einer Bestätigung der Aussage des Patienten in Form einer Bitte, wobei hier der Effekt einer Verstärkung der Aussage durch die Wiederholung eintritt (Zeile 80 „Bitte! [...] Bitte.“). Der Patient gibt sein Verstehen bekannt („Guat.“), und beschreibt sein geplantes Vorgehen bezüglich der bürokratischen Abwicklung.

Die nächste Frage des Patienten an den Arzt stellt einen Übergang im Gespräch dar (Zeile 82- 83), da der Patient mit der Aussage „Miaßn Sie no irgendas medizinisch ausfüll[en]?“ markiert, dass organisatorische Belange seiner Ansicht nach geklärt sind. Der Patient fordert nun eine Orientierung bezüglich des weiteren Ablaufs der Konsultation beim Arzt ein. Seine Frage lässt ein gewisses Maß an ExpertInnenwissen offensichtlich werden, hier orientiert sich der Patient an den Abläufen ähnlicher vorangegangener Prozeduren. Der Arzt reagiert mit einer Bestätigung (Zeile 83 „[Des] • mach ma jetzt glei“). Er verwendet hierbei die „wir-

Form“ und gibt als Reaktion auf die Initiative des Patienten eine Orientierung bezüglich des baldigen Übergangs zur Phase der Untersuchung.

In Zeile 115- 116 stellt der Patient schließlich eine Bestätigungsfrage „*Miaßat ma [(einstellen)] lassen?*“. Er übernimmt hier den Wortlaut des Arztes, der eine derartige Aussage in Zeile 114- 115 tätigt. Hierauf reagiert der Arzt mit einer Bestätigung, gibt eine Erklärung und spricht ausführlich auch den Ablauf der vorgeschlagenen Behandlung an (Zeile 115- 126). Auf die Frage des Arztes, ob der Patient für das eben besprochene Vorgehen (die Selbstblutdruckmessung des Patienten über einen bestimmten Zeitraum), einen „Ausweis“ (Zeile 129) haben wolle, reagiert dieser mit einer Rückfrage „*Da wo i des eintrag?*“ (Zeile 129). Der Arzt bestätigt dies mit dem Kurzkomentar „*Genau,*“.

Kurz darauf stellt der Patient eine Entscheidungsfrage bezüglich der Dauer dieses Vorganges (Zeile 131- 132 „*Also i tua jetzt amal eine Woche, ne? Oder vierzehn Tag?*“). Er beginnt den Redebeitrag mit einer Aussage, welche er jedoch mit einer Rückmeldungspartikel abschließt, direkt danach folgt eine Alternativfrage. Der Arzt gibt Auskunft über seinen Vorschlag der Dauer und erklärt schlussendlich seine Entscheidung in Zeile 132- 135. Er lässt dem Patienten hier viel Mitspracherecht und Entscheidungsfreiheit („*Sie können gerne a Wochen vierzehn Tage, wie sich s ausgeht bei [Ihnen.]*“). Der Patient wird auf diese Weise direkt in den Prozess einbezogen, seine Eigenverantwortlichkeit wird betont.

#### POWW\_2500\_K

Allgemeinmedizinerin | Kassenvertrag

Im Laufe des Gesprächs richtet die Patientin an zwei Stellen eine Frage an die Ärztin. Nachdem die körperliche Untersuchung sowie die Symptomabklärung stattgefunden hat und die Medikation besprochen wurde, äußert die Patientin in Zeile 54- 55 eine Entscheidungsfrage („*Kann man ihm da irgendwas • aus der Apotheke mitbringen, dass man dann...*“). Sie erfragt in diesem Zusammenhang eine Behandlungsmöglichkeit für ihren Lebensgefährten, welcher nach ihrer vorangegangenen Aussage ähnliche Symptome wie die Patientin selbst zeigt. Die Ärztin reagiert hierauf in den Zeilen 55- 62, indem sie, nachdem sie eingangs geklärt hat, dass ohne eine persönliche Konsultation keine Aussage über Notwendigkeit eines Antibiotikums getroffen werden kann, der Patientin einen Vorschlag für ein passendes schmerzstillendes Mittel macht und feststellt, dass der Betroffene bei weiterer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ärztliche Beratung aufsuchen soll.

Die nächste Frage der Patientin folgt in Zeile 67- 68 und tritt nach der ärztInneninitiierten Besprechung für einen Folgetermin auf. Die Patientin reagiert hierauf nicht, sondern nimmt einen Themenwechsel vor („*((3s)) Wie ist das, macht es dann auf Kurz oder Lang Sinn, sich die Mandeln raus nehmen zu lassen?*“). Die Ärztin reagiert auf diesen Themenwechsel mit einer ausführlichen Beantwortung der E- Frage in den Zeilen 68- 80. Sie gibt zuerst allgemeine Informationen wann eine Operation sinnvoll ist, und nimmt kurz Bezug auf den organisatorischen Ablauf. Beendet werden ihre Ausführungen mit einer indirekten Empfehlung an die Patientin eineN FachärztIn aufzusuchen (Zeile 78- 80 „*Das wär schon*

dann auch wichtig. Weil so wie Sie sagen, wenn Sie öfters im Jahr das Problem haben, dann leidet Gesundheit, Arbeit, alles [...] [ja,] drunter.“). Die Ärztin gibt hier Bescheid, aus welchen Gründen eine Abklärung sinnvoll wäre, und nimmt direkt Bezug auf die Darstellung der Patientin in den Zeilen 73- 75.

#### GTNF\_0201\_W

Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

Die ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation in dieser speziellen Konsultation zeichnet sich durch ein reges Frageverhalten der Patientin aus. Diese stellt viele thematisch und strukturell unterschiedlich geartete Fragen, welche in verschiedenen Phasen des Gesprächs positioniert sind.

Die erste Frage tritt bereits in Zeile 7 auf, wo die Patientin die Ärztin zu ihrer Bewertung eines Medikaments befragt. Sie bezieht sich hierbei auf die Aussage eines anderen Arztes, und möchte nun die Einschätzung der Ärztin hören („Jetzt hat mir der Arzt gesagt, die...Kennen Sie den?“). Die Ärztin gibt im Anschluss daran an, dass sie dieses Medikament nicht kennt, es entwickelt sich hierauf ein Gespräch über Verschreibungsmöglichkeiten, Wirkstoffe und Dosierung, sowie mögliche Alternativen. Die Patientin hat mit ihrer Frage somit eine neue Phase des Gesprächs eingeleitet.

In Zeile 15 positioniert die Patientin die nächste Frage, hierbei gibt sie eine Vermutung über den Preis des Medikaments, welche sie mit einer fragenden Rückmeldungspartikel („(nit)?“) abschließt. Somit wird ihre Aussage zu einer Frage, die Ärztin reagiert hierauf jedoch nicht direkt, sondern gibt noch Informationen zur Wirkung des Medikaments.

Die beiden Entscheidungsfragen in den Zeilen 21 und 22- 23 zeugen von einer Problematik im Gesprächsverlauf. Da die Patientin offenbar den Namen des Medikaments nicht kennt, kann sie den Ausführungen der Ärztin nicht folgen und versucht durch Zwischenfragen Klarheit zu gewinnen. Da jedoch auch die Ärztin nicht weiß, welches Medikament die Patientin meint, kommt es hier zu einer missverständlichen Situation, in der sowohl Ärztin als auch Patientin nur über mangelhafte Informationen verfügen. Die Ärztin löst die Situation, indem sie sich schließlich via Datenbank Zugang zur relevanten PatientInnenakte verschafft. Während dieser Vorgang in Arbeit ist, stellt die Patientin die nächste Frage. Mit den Worten „(Kommt sie?)“ in Zeile 28 möchte sie wissen, ob die Ärztin bereits Zugang zur Akte hat. Hier zeigt sich ein ungleiches Maß an organisatorischem Wissen, da die Patientin davon ausgeht, dass eine Person die Akten bringen würde, die Ärztin jedoch via Computer darauf zugreift. Die Antwort der Ärztin (Zeile 28- 29) nimmt hierauf nicht Bezug, die Aussage „Sie setzt ihn mir in die Liste“, macht auch hier den digitalen Faktor nicht deutlich.

Die folgende W- Frage der Patientin in Zeile 33 bezieht sich erneut auf das angesprochene Medikament. Durch häufiges Thematisieren setzt sie eine starke Relevanz auf dieses Gebiet, welche sich in diesem Fall in Form einer Frage manifestiert („Wos is mit dem do do? ((3s)) Kann ma vagessen dos (schon).“). Nachdem die Ärztin nicht auf die erste Frage reagiert, verstärkt die Patientin nach einer dreisekündigen Pause die Relevanz erneut, indem sie eine geschlossene und vergleichsweise präzise Frage stellt. Die starke Formulierung, ob

das Medikament völlig zu verwerfen wäre, relativiert die Ärztin mit einer Verneinung in Zeile 33- 34.

Auch in der folgenden Frage wird die Medikation thematisiert. In Form einer Frage bittet die Patientin die Ärztin Informationen zur Dosierung der Medikamente einzuholen (Zeile 38- 39 „*Könnten Sie schau, wie vüll Stärken do gibt?*“). Die Ärztin kommt der Bitte nach und informiert die Patientin. Hierauf fragt diese nach einem Dosierungsvorschlag (Zeile 40- 41) und möchte über die Packungsgröße informiert werden. Schließlich bittet sie die Ärztin in Form einer Frage um die Verschreibung des Medikaments (Zeile 44 „*Könnten Sie mir die dann aufschreiben?*“) und bringt auch erneut das Thema des Preises ein (Zeile 43- 44; 46;). Sie schließt die Aussage mit einer fragenden Rückmeldungspartikel bezüglich des Zahlungsvorganges ab. Die Ärztin reagiert jeweils mit einer Bestätigung beziehungsweise zustimmenden Responsiven (Zeile 44 „*Korrekt. Jo. •• Richtich. Jo.*“).

Nachdem die Ärztin in Zeile 46- 47 die eingeschränkten Möglichkeiten zum Verschreiben eines Medikaments mit institutionsspezifischem Vokabular beschreibt („*Es is aber nicht in der grünen Box.*“), fragt die Patientin in Zeile 47 explizit nach („*Wos haßt in der grünen Box?*“). Hierauf nimmt die Ärztin eine Erklärung vor, und legt dar, weshalb sie nicht befugt ist, ein gewünschtes Rezept auszustellen. Nach dem Abschluss dieser Ausführungen in Zeile 52 fragt die Patientin, welche ÄrztInnen über diese Befugnis verfügen. Sie hat verstanden, dass die Ärztin das Medikament nicht verschreiben darf, und möchte wissen, in wessen Zuständigkeitsbereich dies fällt. Nachdem die Ärztin erklärt, dass sich die Patientin an FachärztInnen wenden soll, entspinnt sich ein Dialog, ob und bei wem das Medikament erhalten werden kann (Zeile 53- 65). Die Ärztin bekräftigt zum Abschluss dieses Abschnitts, dass sie nicht befugt sei, das Medikament zu verschreiben, und gibt gleichzeitig auch eine positive Wertung für ein anderes, ähnliches Präparat ab. Hier zeichnet sich wieder eine missverständliche Situation ab, da die Patientin erneut nicht weiß, um welches Medikament es sich handelt.

Es bleibt an dieser Stelle zu bemerken, dass sämtliche bisher zur Medikation getätigten Fragen der Patientin nicht in direktem Zusammenhang mit ihrer eigenen Krankheitsgeschichte stehen, sondern die Patientin hier im Auftrag ihres Ehemannes nach Informationen fragt.

Auch die nächsten beiden Entscheidungsfragen der Patientin (Zeile 230; 239- 240) beschäftigen sich mit Möglichkeiten zum Erhalt von bestimmten Medikamenten, die Ärztin gibt hier Auskunft und stellt die gewünschten Rezepte aus (Zeile 68- 70; 71- 75).

Im Anschluss erkundigt sich die Patientin nach den Ordinationsöffnungszeiten (Zeile 78- 79), die Ärztin zählt diese auf, und die Patientin stellt eine Präzisierungsfrage mit anschließender fragender Rückmeldungspartikel, welche nach zweisekündiger Pause getätigt wird (Zeile 86- 87 „*Also das heißt Montag am Nachmittag, ((2s)) nicht?*“). Auch die nächste Frage in Zeile 90- 91 betrifft Ordinationsöffnungszeiten, hier bittet die Patientin jedoch um einen weiteren Termin. Diese Frage, welche eine Art Erlaubnis der Ärztin als Reaktion fordert, wird sehr positiv und in einer längeren Sequenz beantwortet (Zeile 91- 92 „*Na selbstverständlich. ((1s)) Sie müssen kommen, wenn Sie wollen. ((2s)) Wenn wenn s Ihnen gut tut •• auf alle Fälle.*“).

Die nächste Frage tritt bereits in der Phase der körperlichen Untersuchung auf und stellt einen Bruch zu den bisherigen dar, da hier kein medizinischer Kontext erkennbar ist, sondern das Privatleben der Ärztin thematisiert wird. Im Laufe der körperlichen Untersuchung treten an mehreren Stellen im Gespräch derartige Fragen auf, welche die Ärztin zum Teil sehr persönlich beantwortet, jedoch selten mit Gegenfragen an die Patientin reagiert.

In Zeile 98- 99 erkundigt sich die Patientin nach den Urlaubsplänen der Ärztin, welche zwischen untersuchungsrelevanten Zwischenfragen Auskunft gibt (Zeile 99- 112). In dieser Phase stellt die Patientin zwei Spezifizierungsfragen (Zeile 108 und 111) zur Thematik des Urlaubs, die Ärztin reagiert entsprechend. Es folgt ein abrupter Themenwechsel in Zeile 113, die Patientin erkundigt sich, ob die Ärztin Kinder habe („*Ham S kane Kinder, nix?*“). Nachdem die Ärztin auch hier ausführliche Informationen gibt und ihre emotionale Belastung durch die Kinderlosigkeit anspricht, wechselt die Patientin erneut das Thema und erfragt die berufliche Tätigkeit des Ehemanns der Ärztin (Zeile 117).

Auf die Thematisierung einer Unsicherheit der Patientin in Zeile 124 („*I waß net. Do is a bissi no gschwollen. (Frog mi net wie).*“) wird von der Ärztin in keiner Weise eingegangen. Die Patientin macht hier ihr Unwissen sehr explizit, eine erwartbare Reaktion der Ärztin findet nicht statt.

Erst in Zeile 132 stellt die Patientin eine Frage, welche sich auf die gerade vor sich gehende Untersuchung bezieht. Sie bittet hierbei um ein „*Fetzerf*“, die Ärztin bestätigt dies mit einem „*Klor*“. Hierauf geht die Patientin erneut auf das Privatleben der Ärztin ein, und erkundigt sich nach der Wohnsituation (Zeile 133- 134), wieder werden diese Fragen ausführlich beantwortet (Zeile 134- 137). In Zeile 138- 139 fragt die Patientin schließlich nach dem Stand der Untersuchung und möchte die Zahl der noch folgenden Injektionen wissen. Die Ärztin erteilt Auskunft, gemeinsam wird der weitere Verlauf der Untersuchung abgesteckt (Zeile 139- 141).

Die Patientin stellt in Zeile 142 erneut eine Frage bezüglich der Ordinationsöffnungszeiten, die Ärztin beantwortet diese und erkundigt sich in direktem Anschluss nach der korrekten Positionierung der Injektion (Zeile 143).

Die folgende Frage der Patientin ist eine scherzhafte Reaktion auf die Aussage der Ärztin in Zeile 149. Hier gibt die Ärztin bekannt, Schwierigkeiten zu haben, die richtige Stelle für die Injektion zu eruieren („*Weil ma diesmal gor nix sieht*“). Lachend reagiert die Patientin mit „*Müssen S immer olles sehn?*“. Hierauf erklärt die Ärztin in Ansätzen den Grund, weshalb sie nichts sieht (Zeile 149).

In Zeile 151 erkundigt sich die Patientin nach dem weiteren Verlauf der Untersuchung, das Ende zeichnet sich auch in der Formulierung der Patientin ab („*(Eines ham S) noch?*“). In den Zeilen 152- 153 expliziert die Ärztin das baldige Ende und beschreibt das weitere Vorgehen. Erneut thematisiert die Patientin in Zeile 155- 156 den nächsten Termin und benutzt auch hier eine Formulierung in Form einer Bitte („*Darf ich am Montagnachmittag kommen?*“).

Die letzte Frage der Patientin findet in der Beendigungsphase statt, wo sie sich erkundigt, ob die Ärztin das Rezept bereits ausgestellt hat. Die Ärztin bejaht und expliziert den Abschluss dieser Gesprächsphase.

### OISM\_0601\_W

Internist | WahlärztInnenvertrag

Die erste Frage der Patientin erfolgt im Bereich des Übergangs von der Begrüßungs- zur Kernphase des Gesprächs und ist eine Reaktion auf die eingangs erwähnten guten Blutwerte der Patientin. Sie erkundigt sich nach einem konkreten Wert, sowie weiteren, noch undefinierten Werten (Zeile 3 „*[Von Cholesterin] auch und des olles?*“). Der Arzt bestätigt die Frage mit der Aussage „*Olles schön*“ recht vage, und geht zu einem thematisch anderen Punkt über.

Die nächste Frage der Patientin (Zeile 10 „*Bitte?*“) weist den Arzt auf das Nichtverstehen hin, er wiederholt hierauf seine Frage und die Patientin reagiert mit einer Beantwortung.

Nachdem der Arzt in Zeile 12 den Cholesterinwert im Rahmen einer Aufzählung mehrerer Blutwerte anspricht, fragt die Patientin in Zeile 14 erneut nach dem Wert („*Und wieviel ist der Cholesterin?*“). Der Arzt gibt einen Quotienten an, wiederholt den eigentlichen Wert und spezifiziert die Ergebnisse (Zeile 14- 16). Schließlich gibt er eine Erklärung zur Errechnung der Werte (Zeile 16), und die Patientin stellt die nächste, thematisch abweichende Frage (Zeile 17 „*Soll i do goar keine Tabletten mehr nehmen?*“). Hierauf beginnt in einem Anschluss eine patientInneninitiierte Besprechung der gegenwärtigen und zukünftigen Medikation, in diesem Rahmen werden erneut die Cholesterinwerte besprochen (Zeile 23- 31).

Die folgende Frage, welche auch eine fragende Rückmeldungspartikel enthält, tätigt die Patientin in Zeile 60- 61 („*I was ned, soll i do moi da/ dass i amoi do a Kontrolle wieder machen lass von... aber, i mein, des bringt eh nix, [ne]?*“). Nachdem diese allerdings recht unkonkret formuliert ist, und einen Abbruch enthält, fragt der Arzt in Zeile 61 („*[Von] was?*“) nach, woraufhin die Patientin ihre Aussage spezifiziert und der Arzt eine wiederholende Aussage mit Rückversicherungsfunktion tätigt (Zeile 62 „*Von der Wirbelsäule, [...]*“). Der Arzt schließt sich der Bewertung der Patientin an (Zeile 70- 71 „*[Drum! Drum, das] kommt von da.*“), und bleibt thematisch bis in Zeile 71 beim von der Patientin initiierten Thema.

In den Zeilen 72- 73 sowie 75 tätigt die Patientin Aussagen mit Rückmeldungspartikeln, wobei der Arzt die erste im direkten Anschluss mit einem „*Ja*“ bestätigt, auf die zweite jedoch erst verzögert mit einer Minimalbestätigung „*Hm*“ reagiert. Auf die dritte Aussage mit einer Rückmeldungspartikel reagiert der Arzt mit einer Bewertung einer bereits im Vorhinein besprochenen Therapievariante.

Weitere Rückmeldungspartikeln sind in den Zeilen 85 sowie 86 zu verorten. Nachdem die Patientin ihre Angst vor einer Untersuchung thematisiert und schließlich mit der Rückmeldungspartikel abschließt, reagiert der Arzt direkt mit einer Interjektion „*Au au*“, welche teilnehmende Funktion erfüllt. In Zeile 86 beginnt die Patientin ihren Redebeitrag mit einem „*Ne*“, worauf der Arzt schließlich mit Minimalbestätigungen „*Hm*“, „*hm*“ reagiert.

Die folgende Entscheidungsfrage der Patientin betrifft die Konsistenz eines vom Arzt empfohlenen Mittels (Zeile 112), dieser bestätigt mit einem „Jo“. Nachdem der Arzt einen FachärztInnenbesuch erneut vorschlägt, reagiert die Patientin mit der Rückfrage „*Hm□. Des muss i unbedingt, oder- oder-*“ in Zeile 114. Der Arzt übernimmt hier die Wortwahl der Patientin und gibt eine kurze Erklärung. Daraufhin stellt die Patientin erneut eine Frage, da in ihrer Einschätzung diese Erklärung nicht mit den vorher besprochenen Werten übereinstimmt (Zeile 115- 116 „*Oba wenn die Niern eh so schön is-*“). Der Arzt reagiert mit einer Erklärung seiner Aussage (Zeile 116- 119).

In einem nächsten Abschnitt des Gesprächs lacht die Patientin an mehreren Stellen, und fragt schließlich den Arzt „*[...] u/ und dann/ dann soll [i olles lossn?] [Na.]*“ (Zeile 126- 127). Dieser schwächt seine vorherige Aussage ab und spezifiziert, welches Vorgehen wünschenswert wäre.

Nachdem der Arzt in Zeile 164 im Rahmen eines Abschnitts, in dem er Daten auf sein Diktiergerät spricht, erneut einen vorgeschlagenen FachärztInnenbesuch thematisiert, greift die Patientin diese Aussage auf und fragt nach einem konkreten Facharzt. Der Arzt spricht nicht mehr auf das Diktiergerät, sondern schlägt der Patientin eine Person vor und gibt eine Beurteilung ab (Zeile 165 „*[Name]. [Des is a gute.]*“). Terminvereinbarungen und ähnliches werden besprochen, die Patientin erzählt in diesem Zusammenhang eine Anekdote, welche sie mit einer fragenden Rückmeldungspartikel beendet. Der Arzt kommentiert diese Aussage nicht, wiederholt jedoch die positive Bewertung des betreffenden Facharztes (Zeile 176- 178).

In Zeile 186 reagiert die Patientin auf den Vorschlag des Arztes eine Koloskopie zu machen mit der Frage „*[Aber muss]/ muss man das [machen?]*“. Der Arzt positioniert hierauf eine Erklärung und legt der Patientin dar, aus welchem Gründen er die Untersuchung als wichtig erachtet. Auch hier gibt er einen Vorschlag für einen speziellen Facharzt, die Patientin erkundigt sich hierauf nach dem Ort der Untersuchung (Zeile 191- 192 „*Und is des im Krankenhaus, oder [was?]*“), der Arzt stellt der Patientin daraufhin einige Möglichkeiten vor. Die Untersuchung begleitet der Arzt mit Kommentaren, seine Wortmeldung in Zeile 214- 215 „*Sie sehn, das bisschen Fettleber, wos die Leber heller is, als die Niere*“ enthält bereits eine Diagnose. Die Patientin reagiert hierauf überrascht mit der Frage „*Hm□. [Wos a Fettleber,] hob i?*“. Der Arzt erklärt, aus welchen Gründen die Patientin diese Symptome zeigt, und macht erneut deutlich, woran man dies am Ultraschall erkennen kann. Er nimmt schließlich Rückbezug auf die vorher besprochenen Ernährungsgewohnheiten der Patientin und knüpft eine Handlungsanweisung an (Zeile 215- 221).

In Zeile 227 tätigt die Patientin eine Aussage bezüglich einer vorher besprochenen Untersuchung, welche sie mit einer Rückbestätigungspartikel beendet. Der Arzt führt daraufhin seine schon im Vorhinein begonnene Erklärung fort.

Die letzte Frage findet im Rahmen einer Überlappung statt und betrifft organisatorische Besonderheiten der Terminvereinbarung eines FachärztInnenbesuchs. Der Arzt reagiert hierauf mit einer Erklärung des Ablaufs.

*IMSM\_0103\_K**Internist | Kassenvertrag*

In diesem ÄrztInnen- PatientInnen- Gespräch stellt die Patientin weder eine Frage, noch thematisiert sie eine Unsicherheit.

*MMWF\_0102\_K**Allgemeinmedizinerin | Kassenvertrag*

Die erste Frage der Patientin betrifft die Einnahme eines Medikaments (Zeile 16- 17 „*Und ich möcht wissen ob ich ah die weiternehmen kann oder ob ob [(ea)] ob die gefährlich sind, [...]*“). Die Ärztin tätigt während dieser Aussage bereits eine Minimalbestätigung und übernimmt den Turn schließlich mittels einer Unterbrechung durch eine Minimalbestätigung. Hierauf führt die Patientin erneut die Frage aus und spezifiziert sie. Die Ärztin geht nicht explizit darauf ein, sondern bereitet die Patientin auf die körperliche Untersuchung vor. Eine direkte Beantwortung der Frage findet auch im gesamten Verlauf des Gesprächs nicht statt.

Mit der folgenden Frage thematisiert die Patientin eine Verletzung und erkundigt sich nach einer Behandlungsmöglichkeit (Zeile 50- 51 „*gibts da was zum Schmieren, wegen Überdehnung? [Oder] was [...] soll ich tun?*“). Die Ärztin erklärt hierauf, weshalb sie sich gegen eine Behandlung durch „Schmieren“ ausspricht und schlägt eine alternative Therapiemöglichkeit vor (Zeile 51- 59).

Nachdem Ärztin und Patientin über eine Überweisung sprechen, tätigt die Patientin einen neuen Beitrag in Zeile 104 („*Wo soll ich denn da hingehen, Frau Doktor?*“). Die Ärztin macht hierauf einen Vorschlag und gibt gleichzeitig eine Information zur örtlichen Lage der betreffenden Ordination, worauf die Patientin mit einer Entscheidungsfrage reagiert (Zeile 110- 111 „*Is das •• auf da rechten Seine [Seite], wo da Neuner [hält?]*“). Die Ärztin stimmt dem dreimalig mittels „Ja“ (Zeile 110- 111), und einem bestätigenden Kurzkommentar „*Genau.*“ zu.

Nach einer weiteren Besprechung des Vorgehens erkundigt sich die Patientin, obwohl die Beendigungsphase bereits eingeleitet wurde, über die Vorgehensweise bei einer Behandlung, der sie sich in baldiger Zukunft bei einem anderen Arzt unterziehen wird (Zeile 128- 129 „*Wie lang wird i den Gummistrumpf tragen müssen?*“). Die Ärztin gibt kurz Auskunft (Zeile 128- 129 „*(Fünf) bis sechs Wochen Minimum*“) und nach einer erneuten Nachfrage der Patientin antwortet sie, nichts Genauer zu wissen, die Patientin solle sich direkt an die dort behandelnden ÄrztInnen wenden (Zeile 131- 132).

Die letzte Frage der Patientin betrifft den Ablauf der weiteren Organisation. Mit „*•• Was wollt ich jetzt von vorne?*“ macht sie deutlich, dass sie sich nicht im Klaren darüber ist, was Sie im Eingangsbereich der Ordination erledigen wollte. Die Ärztin erinnert sie (Zeile 133- 134) und leitet direkt die Verabschiedung ein, wobei die Erwähnung des Nachnamens auch hier diskursstraffend wirkt.

## XNNW\_ET01\_W

Allgemeinmedizinerin | WahlärztInnenvertrag

Insgesamt stellt der Patient an vier Stellen im Gespräch Fragen und greift ebenso oft auf Rückmeldungspartikeln zurück.

Die erste Verwendung einer solchen tritt in Zeile 62- 63 auf („*Der hat sich da alles kauft, ne?*“). Die Ärztin reagiert hierauf nicht direkt, sondern stellt zusätzlich eine Frage, welche das gerade thematisierte Krankheitsbild betrifft.

In Zeile 73- 74 tätigt der Patient seine erste Frage. Hier hat die Phase der körperlichen Untersuchung bereits begonnen, die Frage bezieht sich auf einen, am Gesprächsbeginn thematisierten Wert, der jedoch in keinem Zusammenhang mit der unmittelbaren Untersuchung steht. Der Patient gibt hier seine Vermutung bekannt, und fragt nach der Meinung der Ärztin (Zeile 73- 74 „*In der Firma hab ich eigentlich ziemlich viel mit so Lösungsmitteln und so z tun. Kann das vielleicht daher sein, mit n Eiweiß oder so?*“). Die Reaktion der Ärztin beschränkt sich auf ein Einatmen, der Patient fährt hierauf fort, und spezifiziert seine Frage erneut in Zeile 75 („*Dass das irgendwie, • mit Lösungsmittel • und so Chemikalien eigentlich arbeit.*“). Die Ärztin verneint hier nicht direkt, macht aber durch ihre Aussage klar, dass diese Tatsache nicht auf den vom Patienten angesprochenen Zustand, wohl aber auf andere körperliche Gegebenheiten Einfluss ausübt (Zeile 76 „*Das wäre eher wenn, • die Lunge, na?*“). Der Patient tätigt eine Minimalbestätigung, wiederholt seine Vermutung und schließt mit einer fragenden Rückmeldungspartikel ab. Die Ärztin reagiert mit einer Minimalbestätigung.

Ebenfalls in der Phase der körperlichen Untersuchung (Zeile 91- 92) erkundigt sich der Patient nach medizinischer Hilfe bei der Raucherentwöhnung, nachdem er bereits in Zeile 83- 84 sein Vorhaben der Aufgabe des Rauchens bekannt gemacht hat („*Gibt s da eigentlich irgendwas, irgendwelche Hilfen, weil ich hab jetzt prowiert, das Rauchen aufhören. ((ea))*“). Die Ärztin reagiert hier mit einer Minimalbestätigung, der Patient stellt fest, dass er bereits einen Versuch gestartet hat. Nach einer weiteren Minimalbestätigung der Ärztin spezifiziert er seine Frage (Zeile 94- 95 „*So Nikotinpflaster oder sowas? Is das hilfreich?*“). Die Ärztin reagiert hierauf mit einer Bestätigung und beginnt schließlich eine Aufzählung unterschiedlicher Methoden, welche bis in Zeile 113 andauert. Hier wiederholt sie ihre Einschätzung durch die Aussage in Zeile 113 „*Also irgendeine Unterstützung is sicher nicht schlecht, ja?*“. Diese kann auch als Zusammenfassung des vorher Gesagten gelten. Der Patient erzählt hierauf kurz vom Ablauf seiner bisher erfolglosen Versuche der Raucherentwöhnung, und schließt mit einer fragenden Rückmeldungspartikel ab, welche die Ärztin mit einem „*Ja.*“ in Zeile 116 bestätigt.

Im Rahmen einer E- Frage stellt der Patient hierauf eine Frage bezüglich der Einnahmeform eines vorher besprochenen Medikaments (Zeile 117 „*Also das sind Tabletten, zum Einnehmen?*“). Die Ärztin antwortet nicht, sondern reagiert mit einer Gegenfrage, indem sie dem Patienten anbietet ein Rezept auszustellen. Nachdem dieser bejaht, tätigt sie eine Minimalbestätigung und gibt Informationen zum Preis der Medikation. In Zeile 119 beginnt

die Ärztin schließlich die Dosierung zu beschreiben, und schließt erneut mit der Frage ab, ob der Patient ein Rezept möchte. Die Frage des Patienten wird hier also nicht direkt beantwortet, sondern kann nur im Rahmen der Erklärung zur Dosierung aus dem Kontext erschlossen werden.

In den Zeilen 141, 146 und 150 macht der Patient jeweils Gebrauch von Rückmeldungspartikeln („ne?“), thematisch bezieht er sich hier jeweils auf Aspekte der Raucherentwöhnung. In Zeile 141 findet dies im Rahmen einer Überlappung mit der Ärztin statt, welche ihren Redebeitrag zu Ende führt. Dieser passt thematisch zwar zur Aussage des Patienten, bezieht sich jedoch nicht direkt darauf. In Zeile 150 reagiert die Ärztin auf die Rückmeldungspartikeln, indem sie ihre vorher ebenfalls im Rahmen einer Überlappung getätigte Aussage paraphrasiert.

Die letzte Frage in Zeile 159 findet bereits am Gesprächsende statt, und ist vor allem aus dem Grund bemerkenswert, als dass hier ein Missverständnis in Erscheinung tritt, welches an einer früheren Stelle im Gespräch entstanden ist. Nachdem sich die Ärztin im Rahmen der Überleitung zur Schlussphase erkundigt, ob noch Fragen offen sind, thematisiert der Patient erneut die Problematik eines vorher besprochenen Wertes. Ab Zeile 73 hat der Patient im Vorfeld bereits seine Vermutung für einen möglichen Auslöser spezieller schlechter Werte thematisiert, die Ärztin hat hier jedoch darauf verwiesen, dass kein Zusammenhang besteht. In Zeile 159 zeigt sich, dass der Patient die Aussage der Ärztin missinterpretiert hat, da er noch immer davon ausgeht, dass Lösungsmittel Einflussfaktoren für die besprochenen Werte darstellen, wohingegen der Aussage der Ärztin nach die Stoffe zwar ein gewisses Risikopotenzial haben, dies jedoch nicht die Werte, sondern lediglich das Organ der Lunge beeinflusst. Der Patient ist allerdings der Meinung, dass die Werte mit der Betroffenheit der Lunge in Zusammenhang stehen (Zeile 159 *„Also, das mit n Einwei/ Eiweiß kann das auch nur von der Lunge her sein, also...“*). Die Ärztin widerspricht hier eindeutig und wiederholt ihre in Zeile 17- 20 sowie 51- 52 getätigten Anweisungen, diese Untersuchung erneut zu machen (Zeile 160- 164). Der Patient gibt sein Verstehen mittels Minimalbestätigungen bekannt, und die Ärztin leitet die Verabschiedungsphase ein.

### 6.3.2 Funktionale Analyse und Auswertung der Ergebnisse

Ärztliche Gespräche sind aus mehreren Gründen anfällig dafür, dass einer der GesprächsteilnehmerInnen nicht ausreichend verständliche Informationen erhält, oder in bestimmten Bereichen vertiefende Auskünfte erforderlich sind. Fragen und Unsicherheiten sind daher schlicht als integrale Bestandteile von ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation zu erkennen. PatientInnen haben durch ihre institutionell geregelte schwächere Rolle weniger Möglichkeiten, Informationsdefizite auszugleichen als ÄrztInnen. Im umgekehrten Fall ist es gängig, Redebeiträge von PatientInnen schlicht zu unterbrechen und mit Fragen zu thematisch völlig anderen Bereichen überzugehen. PatientInnen stehen keine derartigen Handlungsspielräume offen. Mit dem Ziel, die oben gewonnenen Daten funktional zu interpretieren, werden folgende Aspekte ins Zentrum der Betrachtung gerückt:

- Generelles Frageverhalten von PatientInnen

- Fragen zu thematisch abweichenden Gebieten
- Erfragen zusätzlicher Informationen und Thematisierung von Unklarheiten
- Reaktionen von ÄrztInnen

### *Generelles Frageverhalten von PatientInnen*

Das generelle Frageverhalten von PatientInnen ist von mehreren Komponenten abhängig. Selbstverständlich spielt es eine Rolle, in welcher Art von Gespräch ÄrztInnen und PatientInnen aufeinandertreffen, und aus welchem Grund PatientInnen eine Ordination aufsuchen. Zusätzlich sind nicht nur individuell bedingte Unterschiede von PatientIn zu PatientIn möglich, auch bereits vorhandenes Routinewissen wirkt auf das Frageverhalten von PatientInnen ein. Ebenso hat der Bekanntschaftsgrad zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und das jeweils vorherrschende Modell der Beziehungsgestaltung Einfluss darauf, in welcher Form PatientInnen Fragen stellen (können).

Grundsätzlich bieten Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen für ÄrztInnen eine Möglichkeit, Relevanzsetzungen von PatientInnen zu erkennen, und entsprechend darauf zu reagieren. In mehreren Gesprächen ist dies der Fall, gegenteilig lässt sich auch beobachten, dass bestimmte, in der Empfindung der PatientInnen nicht ausreichend behandelte Fragen zum Teil zu wiederkehrenden Fragen und vermehrten Rückfragen führen. Zum Teil treten auch beide Formen innerhalb eines Gespräches auf (etwa im Gespräch OISM\_0601\_W oder im Gespräch XNNW\_ET01\_W).

Bei einer Betrachtung der vorliegenden deskriptiven Analysen wird deutlich, dass ein beträchtlicher Anteil der von PatientInnen gestellten Fragen nicht auf medizinische Bereiche entfällt, sondern organisatorische Gegebenheiten betrifft. Diese Fragen werden von ÄrztInnen durchwegs klar beantwortet, zum Teil folgen diesbezüglich auch genauere Erklärungen.

Einige der Fragen dienen zudem nicht der Informationsgewinnung, sondern sind schlichtweg als Fragen formulierte Bitten an ÄrztInnen.

Die vorherrschende Erwartung von und an ÄrztInnen, für Gesprächsorganisation verantwortlich zu sein, zeigt sich anhand der Tatsache, dass PatientInnen kaum Fragen bezüglich dem Ende einer Gesprächsphase oder dem weiteren Ablauf der konkreten Untersuchung stellen. Lediglich der Patient in Gespräch QTNM\_0501\_W übernimmt mittels einer Frage übergangsweise die Gesprächsorganisation.

Lexikalisch zeigt sich die Besonderheit, dass viele PatientInnen für Rückfragen die konkrete Formulierung des Arztes übernehmen.

Quantitative Vergleiche des Frageverhaltens und der Thematisierung von Unsicherheiten legen enorme Unterschiede zwischen einzelnen Gesprächen offen. Während in Gespräch IMSM\_0103\_K keine derartige Sprechhandlung getätigt wird, sind andere PatientInnen weitaus aktiver (etwa GTNF\_0201\_W oder OISM\_0601\_W).

Eine Ärztin bietet die Möglichkeiten einer Nachfrage explizit an, der Patient nimmt diese auch in Anspruch (XNNW\_ET01\_W), ansonsten zeigt sich deutlich, dass ÄrztInnen grundsätzlich

wenige Gelegenheiten offen lassen, in denen Zeit für Fragen bleibt. PatientInnen sind daher oftmals gezwungen, Unterbrechungen zu tätigen, oder von Phasen des Schweigens Gebrauch zu machen, um Fragen oder Unsicherheiten zu thematisieren. Häufig werden hierfür Phasen der ärztlichen Dokumentation genützt, wenn aufgrund von Schreib- oder Tipptätigkeiten der ÄrztInnen Unterbrechungen des Gesprächs auftreten.

Unterschiede, welche von der Vertragsart abhängig sind, können hier nicht eindeutig ausgemacht werden, Rückmeldungen der ÄrztInnen sind zu einem großen Teil von der Art und Form der Frage abhängig, dementsprechend fallen auch Reaktionen sehr unterschiedlich aus.

#### *Fragen zu thematisch abweichenden Gebieten*

Eine Thematisierung medizinisch nicht relevanter Themenbereiche von Seiten der ÄrztInnen findet einmalig im Gespräch YNOM\_0104\_K statt, in den Gesprächen GTNF\_0201\_W, POWW\_2500\_K und MMWF\_0102\_K treten jedoch konkrete Fragen von Seiten der PatientInnen auf, welche in keinem direkten Zusammenhang mit dem, in dieser aktuellen Konsultation im Vordergrund stehenden Gesundheitszustand der jeweiligen Person stehen. Vielmehr beziehen sich die Fragen auf stark oder schwach abweichende Thematiken, zu denen PatientInnen mehr Informationen erhalten möchten. Ärztliche Reaktionen und der Umfang einer Thematisierung fallen hier sehr verschiedenartig aus.

Im Gespräch GTNF\_0201\_W nimmt die Behandlung einer thematisch abweichenden Frage einen enormen Teil der gesamten Konsultation in Anspruch. Im ersten Abschnitt des Gesprächs, bei dem die Patientin nach Informationen für ihren Ehemann fragt, reagiert die Ärztin vorerst positiv und geht auf die Fragestellung ein. Im Laufe der Besprechung und mit vermehrtem Auftreten von Widersprüchlichkeiten und Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärztin und Patientin, zeugt die Sprechweise der Ärztin von Ungeduld. Es ergeben sich Redundanzen und Unklarheiten, die an dieser Stelle aufgrund von beidseitigen Wissensdefiziten nicht aufgelöst werden können. Schließlich geht die Patientin, obwohl ihr eigentlicher Wunsch nicht erfüllt, und auch die ursprüngliche Frage nicht beantwortet wurde, zu einem neuen Thema über. In der Phase der körperlichen Untersuchung treten erneut thematisch abweichende Fragen auf, hierbei steht jedoch das Privatleben der Ärztin im Mittelpunkt. Diese reagiert sehr ausführlich auf die Erkundigungen, stellt zum Teil auch Gegenfragen, beschränkt sich jedoch hauptsächlich auf die Beantwortung. Bemerkenswert ist hier, dass die Ärztin auch sensible persönliche Themen mit in das Gespräch einbringt, zum Teil sogar über emotional belastende Zustände spricht. Sie reagiert damit direkt und sehr wahrheitsgetreu auf die von der Patientin getätigten Fragen. Die Patientin geht auf Aussagen bezüglich emotional belastender Situationen für die Ärztin nicht ein, sondern wechselt häufig das Thema, sobald die Ärztin konkrete Angaben zu ihrem persönlichen Empfinden macht.

Im Gespräch POWW\_2500\_K erfragt die akut erkrankte Patientin Details über eine mögliche Behandlung ihres Partners, welcher laut Aussage bereits Symptome einer Ansteckung zeigt. Die Ärztin reagiert hierauf sofort, gibt eine Erklärung zu einer möglichen Medikation ab, betont aber, dass eine persönliche Konsultation notwendig ist, um genaue Diagnosen zu stellen. Die Behandlung der Frage kann nach einem längeren Schweigen als abgeschlossen erkannt werden, die Ärztin geht zu einer neuen Thematik über, nachdem die Patientin mehrfach Minimalbestätigungen getätigt hat.

Das letzte Auftreten einer nicht krankheitsrelevanten Frage ist im Gespräch MMWF\_0102\_K zu erkennen, wo die Patientin in der Beendigungsphase des Gesprächs Klärung eines medizinischen Sachverhalts einfordert, welcher nicht im Aufgabenbereich der Ärztin liegt. Nachdem die Patientin hier bereits im Vorfeld nicht krankheits- oder untersuchungsrelevante Gegebenheiten thematisiert hat, reagiert die Ärztin sehr kurz und mit einem gewissen Widerwillen. Nach einer erneuten Nachfrage gibt sie ihr Unwissen bekannt, und verweist die Patientin auf die zuständige Person. Die Frage wurde hier nicht beantwortet. Die Tatsache, dass diese Frage in der Abschlussphase des Gesprächs stattfindet, und die Patientin auch schon an früheren Stellen im Gespräch Beendigungsversuche von Seiten der Ärztin unterbunden hat, kann hier als Erklärung für die knappen Ausführungen der Ärztin gelten, welche offensichtlich schlicht eine baldige Beendigung des Gesprächs anstrebt, und dies mittels ihrer institutionellen Macht durchzusetzen versucht.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Beispiele nun also feststellen, dass die Beantwortung einer thematisch abweichenden Frage sowohl von der grundsätzlichen Bereitschaft der ÄrztInnen abhängt, darauf einzugehen, allerdings auch der Zeitpunkt der Äußerung maßgeblich für die Reaktion der ÄrztInnen ist. In den vorliegenden Beispielen zeigt sich die große Bandbreite von Handlungsspielräumen, welche ÄrztInnen offen bleibt, wenn es um den Umgang mit thematisch abweichenden Fragen geht. Die Entscheidung obliegt hier völlig den ÄrztInnen, PatientInnen haben keine Sanktionierungsmöglichkeiten.

#### *Erfragen zusätzlicher Informationen und Thematisierung von Unklarheiten*

Wollen PatientInnen genauere Informationen zu einem Thema erhalten, so müssen sie ÄrztInnen direkt auf ein Wissensdefizit hinweisen. Dies erfolgt entweder in Form konkreter Fragen oder auf implizitere Weise durch die Thematisierung von Unklarheiten oder Unsicherheiten.

Teils ist aber auch eine konkrete Frage ein Hauptbeweggrund für eine Konsultation von ÄrztInnen, und stellt daher einen zentralen Bestandteil der ÄrztInnen- PatientInnen-Interaktion dar.

Generell lässt sich statuieren, dass Fragen, welche nicht genügend beantwortet wurden, oftmals erneut auftreten. Dies zeigt sich beispielsweise in den Gesprächen YNOM\_0104\_K, GTNF\_0201\_W oder OISM\_0601\_W, wo PatientInnen Themen entweder an späterer Stelle oder direkt nach der ersten Reaktion der ÄrztInnen wieder aufgreifen.

Auffällig ist hierbei auch, dass Fragen von PatientInnen häufig Ankündigungen vorausgehen, oder gewisse Begründungen für eine Frage folgen.

### *Reaktionen von ÄrztInnen*

Reaktionen der ÄrztInnen auf Fragen von PatientInnen reichen von einem absoluten Übergehen oder einer knappen Behandlung der Thematik bis hin zu ausführlichen Phasen der Besprechung oder mehrmaligen Referenzen und Wiederaufgriffen während der gesamten Untersuchung.

Die Nichtbeantwortung einer Frage tritt in Gespräch MMWF\_0102\_K auf, bei dem die Frage der Patientin- der hauptsächliche Grund für die Konsultation- nicht direkt, und nur höchst implizit beantwortet wird. Ausführliche Beantwortungen treten hingegen in den Gesprächen POWW\_2500\_K, OISM\_0601\_W, GTNF\_0201\_W und YNOM\_0104\_K. Während in den ersten beiden Gesprächen ÄrztInnen durchaus neue und zusätzliche Information anbieten, beschränken sich Beantwortungen im Gespräch YNOM\_0104\_K vielfach auf mehrmalige Wiederholungen von bereits Gesagtem.

In den Gesprächen XNNW\_ET01\_W und OISM\_0601\_W greifen ÄrztInnen Fragen auch an anderer Stelle wieder auf, zudem werden hier Erklärungen oftmals in den Kontext bereits vorher besprochener Thematiken gesetzt. Auf diese Weise wird es PatientInnen ermöglicht, Zusammenhänge zu erkennen, und ein größeres Maß an Wissen zu erlangen.

Häufig auftretende Fragen bezüglich organisatorischer Abläufe beantworten ÄrztInnen durchwegs ausführlich, die Menge derartiger Unklarheiten überrascht. In beinahe jedem Gespräch wurde zumindest an einer Stelle eine diesbezügliche Unklarheit bekundet. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Folgetermine oder institutionell geregelte versicherungstechnische Vorgänge, zum Teil ist PatientInnen jedoch auch schlicht nicht klar, welche Schritte konkret nach der Verabschiedung folgen werden. Keine derartigen Fragen treten in den Gesprächen XNNW\_ET01\_W, POWW\_2500\_K, OISM\_0601\_W und IMSM\_0103\_K auf, wobei sich in letzterem Gespräch keine einzige Frage findet, und daher die Gründe für das Fehlen vermutlich anders geartet sind, als in den übrigen Gesprächen. In diesen zeigt sich nämlich deutlich, dass ÄrztInnen unaufgefordert klare Angaben zu Abläufen und Vorgehensweisen machen, und zum Teil auch Erklärungen hierfür anbieten, daher also das Bedürfnis nach diesbezüglichen Auskünften befriedigt sein dürfte.

Fragen, welche auf ein Nichtverstehen institutionsspezifischen Vokabulars zurückzuführen sind, treten im vorliegenden Datenmaterial an zwei Stellen auf.

Während im Gespräch OISM\_0601\_W nicht eindeutig geklärt werden kann, ob die Nachfrage nach einem Begriff aufgrund des Nichtverstehens eines Begriffs erfolgt, oder die Patientin hiermit schlichtweg weitere Informationen erfragt, ist es im Gespräch GTNF\_0201\_W eindeutig, dass die Patientin das institutionsspezifische Vokabular der Ärztin nicht kennt. In beiden Fällen reagieren die ÄrztInnen im Rahmen einer Erklärung auf diese Redebeiträge, wobei im Gespräch GTNF\_0201\_W das Missverständnis fortbestehen bleibt.

Die geringe Anzahl an Nachfragen von PatientInnen bezüglich Unsicherheiten im Verständnis von institutionsspezifischem Vokabular ist im Fall der untersuchten Gespräche darauf zurückzuführen, dass ÄrztInnen (sofern ihre Äußerungen an PatientInnen gerichtet sind) kaum spezielle, nicht im Alltagsvokabular gebräuchliche Vokabeln verwenden, sondern sich grundsätzlich dem vermuteten Wissensstand der PatientInnen anpassen. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass ein Fehlen derartiger Fragen keinesfalls immer auf eine klare und verständliche Ausdrucksweise von ÄrztInnen zurückzuführen ist, sondern zum Teil auch im Zögern von PatientInnen begründet sein kann, wenn es darum geht, Fragen zu äußern.

In den untersuchten Gesprächen treten nur im Gespräch GTNF\_0201\_W persönliche Fragen an die Ärztin auf, diese reagiert hier jedoch ausführlich, teils sogar emotional. Gründe hierfür liegen einerseits im Bekanntschaftsverhältnis zwischen Ärztin und Patientin und zusätzlich auch im vorgegeben Rahmen, da die körperliche Untersuchung, während der private Fragen gestellt werden, zeitlich lange dauert und die Voraussetzungen für beide InteraktionsteilnehmerInnen gegeben sind, Gespräche zu führen.

### *Zusammenfassung*

Frageverhalten von PatientInnen ist ein von vielen Faktoren beeinflusster Bereich, grundsätzlich muss hier jedoch festgestellt werden, dass weniger ein quantitativer Vergleich von Fragehandlungen von PatientInnen Aussagen über die Qualität eines Gespräches liefern kann, sondern vielmehr die potenziellen Möglichkeiten, welche ÄrztInnen PatientInnen offen lassen, deutlich machen, ob und auf welche Weise PatientInnen in ihre eigene Untersuchung eingebunden werden.

Auffallend ist vor allem der große Anteil organisatorischer Fragen, deutlich werden hierbei institutionell bedingte Problematiken. ÄrztInnen zeigen sich bei der Beantwortung derartiger Fragen sehr kooperativ.

Die geringe Anzahl an Fragen bezüglich der weiteren Organisation des Gesprächs deutet weniger auf eine diesbezüglich ausreichende Information der PatientInnen hin, sondern legt vielmehr vorherrschende Erwartungshaltungen offen, wonach ÄrztInnen für die Gesprächsorganisation verantwortlich sind.

Fragen nach persönlichen Informationen über ÄrztInnen stellen eine Ausnahme dar, in den meisten Gesprächen werden institutionell bedingte Rollenverteilungen und die damit einhergehenden Einschränkungen der Gesprächsthemen und Möglichkeiten durchwegs eingehalten.

Im Allgemeinen bieten patientInneninitiierte Fragen ÄrztInnen die Möglichkeit, Relevanzsetzungen zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren, zudem können auf diese Weise bestehende Missverständnisse aufgedeckt werden. Tendenziell wenden WahlärztInnen weitaus mehr Zeit auf, Fragen von PatientInnen zu thematisieren und zu bearbeiten. WahlärztInnen bieten zusätzlich auch mehr Raum für PatientInnen an, Fragen zu stellen und Unklarheiten zu thematisieren. Zusätzlich zeigt sich die Tendenz, dass WahlärztInnen Beantwortungen in breitere Kontexte setzen, oder Fragen an anderer Stelle

erneut von selbst aufgreifen. Diese Gegebenheit soll allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass ÄrztInnen grundsätzlich wenige Möglichkeiten für PatientInnen offen lassen, Fragen zu stellen. Dies wäre jedoch nicht nur aus naheliegenden Gründen der Informationsweitergabe und der Bearbeitung von Unklarheiten notwendig, zusätzlich ergäbe sich hier die Möglichkeit, Initiativen von PatientInnen und aktive Teilnahme am Gespräch zu bestärken. Ausführliche Beantwortungen von Fragen geben PatientInnen das Gefühl, legitime Fragen zu stellen, und wirken daher motivierend für eine weitere aufmerksame und rege Teilnahme am Gespräch.

## **6.4 Zusammenfassung der Analyseergebnisse**

Effiziente Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zeichnet sich vorwiegend dadurch aus, dass sowohl Interessen von PatientInnen als auch von ÄrztInnen insofern gewahrt und befriedigt werden, als dass schlussendlich nicht nur beide Parteien zufrieden mit dem Gespräch an sich sind, sondern auch langfristig eine sinnvolle Zusammenarbeit und zielführende medizinische Betreuung gewährleistet sein kann.

Obwohl das vorliegende Korpus selbstverständlich zu klein ist, um Aussagen auf globaler Ebene zu treffen, so zeigt es doch Tendenzen an, welche in Verbindung mit den Ergebnissen der quantitativen Studie zu aussagekräftigen Resultaten führen. Der folgende Abschnitt widmet sich nun einer Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.

Eine erste Durchsicht der Ergebnisse legt offen, dass vertragsbedingte Differenzen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation nicht in allen untersuchten Bereichen mit einer ähnlichen Deutlichkeit zu Tage treten. Während sich etwa Kommunikation bei körperlichen Untersuchungen in wahlärztlichen Ordinationen deutlich von jener bei KassenärztInnen unterscheidet, gestalten sich Begrüßungsphasen und Beendigungen in allen Gesprächen ähnlich.

Bei der Analyse konnten gewisse verbindende und teils wiederkehrende Elemente, wie beispielsweise die Verwendung der „wir- Form“, die Anrede im vollreziproken Sie- Modus oder lexikalische Ähnlichkeiten bei gewissen Formulierungen aufgedeckt werden.

Im Folgenden werden beobachtete Differenzen zusammenfassend aufgezeigt.

Störungen während Gesprächen treten in drei Gesprächen auf, zweimalig betrifft dies Ordinationen von WahlärztInnen. In allen Fällen weisen Ärzte PatientInnen kurz darauf hin, die anschließende Rücküberleitung übernehmen jedoch PatientInnen selbst. Phasen der Dokumentation, etwa durch Aufschreiben oder Eintippen gewisser Informationen oder das Ausstellen von Rezepten werden in beinahe allen Gesprächen vorgenommen. Sprachliche Rahmungen, welche als Orientierung für PatientInnen dienen, treten besonders bei WahlärztInnen auf, vielfach kommentieren ÄrztInnen ihre Handlungen während dem Schreiben, sodass Pausen im Gespräch verhindert werden. Die höchst unvorteilhafte und gesprächsverlaufstörende Art der Dokumentation, bei der während dem Gespräch konstant mitgeschrieben oder diktiert wird, findet sich ausschließlich bei zwei KassenärztInnen.

Gesprächseröffnungen fallen grundsätzlich eher knapp aus, jene Gespräche, welche die größte Bandbreite an Handlungstypen beinhalten, wurden jedoch bei WahlärztInnen geführt. Verabschiedungsphasen sind im Gegensatz dazu durchaus zeitaufwändiger gestaltet. Es zeigt sich, dass besonders in diesem Gesprächsabschnitt häufig Orientierungen über zukünftige Abläufe auftreten, hier gibt es aber sowohl bei Kassen- als auch WahlärztInnen Beispiele besonders gelungener Verabschiedungsphasen. Es zeigt sich deutlich, dass jene ÄrztInnen welche in dieser Phase viele Orientierungshandlungen tätigen, diesbezüglich auch im Laufe des gesamten Gesprächs durchaus aktiv sind.

Quantitative Aspekte geben nicht zwangsläufig Auskunft über Produktivität der Orientierungshandlungen, eine oftmalige Wiederholung derselben Inhalte ist qualitativ kaum hochwertiger als wenige, dafür klar und eindeutig formulierte Aussagen.

Die Realisierung anschlussfähigkeitsfördernder Maßnahmen gestaltet sich bei WahlärztInnen in jener Hinsicht anders, als dass an dieser Stelle vielfach motivierende Botschaften verkündet werden. PatientInnen von WahlärztInnen werden zudem aktiver in abschließende Behandlungsentscheidungen eingebunden. Konkrete und verbindliche Terminabsprachen stellen jedoch sowohl bei Kassen- als auch bei WahlärztInnen Ausnahmen dar.

Auch im Bereich körperlicher Untersuchungen zeigt sich, dass PatientInnen hier vielfach direkter und aktiver in den Vorgang integriert werden (etwa durch lobende Formulierungen), als dies in kassenärztlichen Ordinationen der Fall ist.

Die Äußerung von Handlungsanweisungen erfolgt höchst unterschiedlich, knappe Formen im Imperativ sind ausschließlich bei KassenärztInnen beobachtbar. Diese sind jedoch nicht zwangsläufig negativ zu beurteilen. Der Situation und den Bedürfnissen der PatientInnen entsprechend, können knappe Hinweise durchaus zweckdienlich sein. Auch können Orientierungen oder Auskünfte welche während einer Untersuchung vernachlässigt wurden, an anderer Stelle nachgeholt und so mögliche Informationsdefizite ausgeglichen werden. Grundsätzlich gilt jedoch, dass ausführlichere und auch höflichere Formen zu bevorzugen sind, da diese einen Beitrag zur Förderung der (bei körperlichen Untersuchungen absolut notwendigen) Kooperation leisten können.

Ärztliche Kommentare während der Untersuchung stellen einen maßgeblichen Bestandteil jeder körperlichen Untersuchung dar, und tragen dazu bei, PatientInnen über Vorgänge zu informieren und erste Auskünfte über Ergebnisse zu geben. Besonders aufwändig und informativ gestalten sich diese Beiträge nur bei wenigen ÄrztInnen, die umfangreichsten „online- commentaries“ sind jedoch bei einem Wahlarzt zu beobachten.

Bezüglich ärztlicher Reaktionen auf Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten von PatientInnen sei vorweg erwähnt, dass grundsätzlich sehr wenige direkte Angebote an PatientInnen gemacht werden, derartige Redebeiträge zu liefern. Dies führt dazu, dass diese Pausen oder Unterbrechungen nützen müssen, um solche Gesprächshandlungen eigenständig zu initiieren. Da diese Vorgehensweisen jedoch in einem Widerspruch zum institutionsbedingten Rollenverständnis von PatientInnen stehen, sind Möglichkeiten zur

Nachfrage für PatientInnen sehr beschränkt, und erfordern nicht nur Eigeninitiative, sondern auch ein gewisses Maß an Überschreitung ihrer Rollenzuschreibung.

Werden allerdings Fragen getätigt, zeigen sich ÄrztInnen durchaus kooperativ und legen Bereitschaft an den Tag, auch thematisch abweichende Fragen zu behandeln. Weniger ausführlich beziehungsweise zum Teil auch widerwillig wird hingegen auf Fragen reagiert, mit denen neue Themen in der Abschlussphase des Gesprächs initiiert werden. Besonders ausführliche Informationsweitergabe ist im Hinblick auf die Klärung organisatorischer und bürokratischer Belange zu beobachten.

Was die Beantwortung von Fragen betrifft, sind in diesem Bereich keine eindeutigen Unterschiede hinsichtlich der Vertragsart zu bemerken, das Ausmaß und die Form der Reaktion steht allerdings in starkem Zusammenhang mit Kontext und Inhalt der Frage. Eine leichte Differenz zeigt sich beim Angebot von Fragemöglichkeiten. Explizite Nachfragemöglichkeiten sind zwar grundsätzlich selten, sofern diese jedoch vorhanden sind, handelt es sich vorwiegend um WahlärztInnen, welche PatientInnen derartige Möglichkeiten einräumen. Tendenziell zeigt sich auch, dass KassenärztInnen ihren PatientInnen weniger Spielraum für etwaige Fragen geben. Dies ist vor allem aus dem Grund unvorteilhaft, als dass die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten oder Bestehenbleiben von etwaigen Missverständnissen auf diese Weise steigt. Nicht nur aus medizinischer Sicht und sozusagen aus Perspektive der PatientInnen ist dies nachteilig, auch ökonomische Gründe sprechen für eine offeneren, und Möglichkeiten zur Nachfrage bietende Kommunikation. Letztlich nimmt die Erkennung und Aufklärung etwaiger Missverständnisse mehr Zeit in Anspruch, als ein Angebot der Nachfrage und eine direkte Beschäftigung mit Fragen und Unklarheiten.

Diese Zusammenfassung der Einzelergebnisse der Untersuchung legt vor allem offen, dass PatientInnen in wahlärztlichen Ordinationen durchwegs aktiver am Gespräch und den Untersuchungen teilnehmen, und direkter in Entscheidungsfindungsprozesse integriert sind. Dies steigert während dem Gespräch die Möglichkeit, dass PatientInnen ihre eher passive Rolle zeitweise überwinden können, Unsicherheiten offener thematisieren und dadurch Missverständnissen vorgebeugt wird. Erst wenn PatientInnen ausreichend und situationsadäquat über ihren Gesundheitszustand informiert sind, ist eine erfolgreiche Behandlung möglich. Langfristig führt eine derartige Stärkung von PatientInnen und deren aktive Teilnahme an Prozessen der Untersuchung und Entscheidungsfindung zu einer Verbesserung der ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehung und somit zu einer dauerhaft effizienteren Gestaltung der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion.

## KONKLUSION

Ziel dieser Arbeit war es, einen Beitrag zu leisten, um zum einen den Status quo ärztlicher Gespräche in Ordinationen zu dokumentieren, diesen jedoch nicht nur rein deskriptiv zu erarbeiten, sondern kritisch an das Datenmaterial heranzugehen, um sprachwissenschaftlich festzustellen, inwieweit nun der streitbare Begriff der „Zwei- Klassen- Medizin“ tatsächlich auf Österreichs Gesundheitssystem zutrifft.

Im Hinblick auf quantitative Aspekte besteht kein Zweifel daran, dass WahlärztInnen mehr Zeit mit PatientInnen verbringen. Inwieweit dies aber letztlich zu einer effizienteren Kommunikation, zu befriedigenderen Interaktionen und schlussendlich zu einer hochwertigeren Betreuung von PatientInnen bei WahlärztInnen führt, wurde im Rahmen dieser Arbeit erörtert.

Das für die vorliegende Analyse herangezogene Datenmaterial entstammt einer Untersuchung von Menz und Plansky (2010) zu Kommunikationsmustern und Gesprächstechniken zur Compliance- Förderung von PatientInnen. In diesem Rahmen wurden an die 1000 Gespräche von insgesamt 47 niedergelassenen ÄrztInnen erhoben, und hiervon schließlich etwa 35 Stunden Gesprächsmaterial nach diskursanalytischen Kriterien transkribiert. Aus diesem umfassenden Korpus wurden für die hier durchgeführte Analyse neun Gespräche aus kassenärztlichen und privaten Praxen ausgewählt.

Die vorliegenden authentischen Gespräche präsentieren sich vorwiegend in einer für medizinische Kommunikation typischen Form. Unterschiede in der Gestaltung und im Ablauf der Konsultationen in Bezug auf die jeweilige Vertragsart treten zum Teil sehr offensichtlich zu Tage, zeigen sich an manchen Stellen jedoch nur schwach und eher verdeckt. Heterogene Realisierungen bestimmter weiterer Aspekte scheinen wiederum in keinem Zusammenhang mit der Vertragsart zu stehen, hier sind andere Faktoren ausschlaggebend für beobachtete Unterschiede. Besonders großen Einfluss scheint die Art und der Zweck des Gesprächs auf dessen Umsetzung auszuüben.

Einer jener Aspekte, bei dem auf Ebene der Vertragsart kaum Differenzen zu verorten sind, ist die Gestaltung von Gesprächsbeginn und Gesprächsabschluss. Hier zeigt sich, dass Gesprächseröffnungen grundsätzlich sehr knapp ausfallen und PatientInnen kaum Möglichkeiten gelassen werden, sich ausreichend auf die neue Gesprächssituation einzustellen. In dieser Phase lassen sich bereits erste Anhaltspunkte bezüglich der Form der Beziehungsgestaltung erkennen. Derartige Unterschiede bei Wahl- und KassenärztInnen sind kaum nachweisbar, mehrheitlich gestalten sich die Gespräche in verschiedenartig ausgeprägten paternalistischen Formen.

Verabschiedungen enthalten zwar in allen Gesprächen gewisse Orientierungen oder anschlussfähigkeitsfördernde Maßnahmen, das Vorkommen allein lässt allerdings noch

keine Aussage über Sinnhaftigkeit und Wirkungskraft zu. Hierbei zeigt sich, dass WahlärztInnen tendenziell mehr motivierende und wertschätzende Redebeiträge liefern, und so sowohl einen Beitrag zur kurzfristigen als auch zur langfristigen Aufrechterhaltung kooperativer ÄrztInnen- PatientInnen- Beziehungen leisten.

Diese positiven Bewertungen sind nicht nur in der Eröffnungs- und Beendigungsphase der Gespräche zu beobachten. Lachen oder zustimmende Redebeiträge, sowie die ausführliche Beantwortung von Fragen, welche PatientInnen suggeriert, legitime und wichtige Anliegen zu besprechen, sind in einigen Gesprächen, vermehrt jedoch bei WahlärztInnen, vorhanden.

Orientierungshandlungen treten in den unterschiedlichsten Phasen der Gespräche auf, ein quantitativ gehäuftes Vorkommen in Zusammenhang mit der Vertragsart von ÄrztInnen scheint eher auf Seiten der WahlärztInnen zu liegen. PatientInnen erhalten hier im gesamten Gesprächsverlauf öfter Orientierungen und ausführlichere Informationen bezüglich weiterer Vorgehensweisen. Vergleichbare Resultate zeigen sich auch in der quantitativen Studie von Menz und Plansky (2010: 12), welche offenlegt, dass das Gespräch und die Behandlung betreffende Orientierungshandlungen deutlich häufiger von WahlärztInnen getätigt werden.

Grundsätzlich wird allerdings ersichtlich, dass nur eine geringe Anzahl von ÄrztInnen regelmäßig Orientierungen an PatientInnen gibt. Quantitative Aspekte sind hier jedoch nicht zwangsläufig aussagekräftig. Wichtiger als die Menge ist in diesem Fall vielmehr die Form der Realisierung. Hierbei ist es keinesfalls ausschließlich eine Frage des wortmäßigen Umfangs und der Häufigkeit des Vorkommens, da eine mehrfach wiederholte und auf Wortebene ausführlich gestaltete Orientierung ohne neue Informationen nicht produktiver ist, als knappere, jedoch eindeutig und verständlich formulierte Orientierungen, welche an den Wissensstand der PatientInnen angepasst sind. Haben PatientInnen genügend Möglichkeiten, Fragen zu stellen oder Unklarheiten zu beseitigen, ist davon auszugehen, dass Informationsdefizite vielfach auch durch Eigeninitiativen von PatientInnen ausgeglichen werden können.

Die Analyse zeigt, dass gerade in diesem Bereich PatientInnen von WahlärztInnen maßgeblich aktiveres Verhalten an den Tag legen, als PatientInnen von KassenärztInnen. Es liegt hier in den Händen der ÄrztInnen, diese Eigeninitiativen von PatientInnen zu fördern, und gleichzeitig der Situation angepasste Orientierungen zu tätigen.

An vielen Stellen wird deutlich, dass ärztliche Gespräche in Ordinationen ExpertInnen-Laien- Interaktionen zuzuordnen sind, die typische Verteilung von Fachwissen auf Seiten der ÄrztInnen und subjektivem Erfahrungswissen der PatientInnen ist in allen Gesprächen beobachtbar. Ob und wenn ja inwieweit Initiativen von ÄrztInnen ergriffen werden, dieses Wissensdefizit ansatzweise auszugleichen, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Einerseits wurde deutlich, dass vielfach zwar ausführliche und situationsadäquate Informationen an PatientInnen erfolgen, dies jedoch oftmals erst auf deren eigene Initiative hin passiert.

Häufig treten rollenspezifische Problematiken auf, es zeigt sich auch hier, dass typische „Zuständigkeiten“ kaum verschoben werden: ÄrztInnen sind in den vorliegenden Gesprächen in der institutionell mächtigeren Position und daher großteils für die Gesprächssteuerung verantwortlich. Das patientInnenseitige Einbringen von vorhandenem Routinewissen wirkt sich jedoch in jedem Fall positiv auf eine ausgeglichene Machtverteilung aus. An dieser Stelle wird erneut die starke institutionelle Verwurzelung der Gespräche deutlich, da eine Vielzahl der eingebrachten Fragen und angebotenen Erklärungen und Orientierungen konkret institutionsbedingte bürokratische Abläufe anbelangen. ÄrztInnen sind auch hier in der Rolle von ExpertInnen, sie verfügen über das institutionsspezifische Wissen und geben dieses an PatientInnen weiter.

In sämtlichen Fällen zeigt sich deutlich, dass aktivere und direkt in den Entscheidungsfindungsprozess eingebundene PatientInnen nicht nur mehr Informationen erhalten, sondern auch einen größeren Handlungsspielraum haben, wenn es darum geht, eigene Initiativen einzubringen oder Fragen und Unklarheiten zu thematisieren. Es scheint eine Wechselwirkung zwischen aktivem PatientInnenverhalten und der Art der Beziehungsgestaltung zu geben, eindeutigen Nachweis kann die vorliegende Analyse hierfür jedoch nicht liefern. Fest steht allerdings, dass Eigeninitiativen von PatientInnen nicht nur Vorteile bei der Sicherstellung von beidseitigem Verständnis bringen, sondern von ÄrztInnen durchwegs positiv aufgenommen werden. Obwohl Reaktionen unterschiedlich ausfallen, ist häufig eine kooperative Reaktion auf PatientInneninitiativen beobachtbar.

Hierbei treten erneut Unterschiede bei Wahl- und KassenärztInnen in Erscheinung. Grundsätzlich zeigen sich PatientInnen von WahlärztInnen aktiver und übernehmen engagierte Rollen in der Gesprächsorganisation. Dies spiegelt sich auch in den quantitativ erfassten Daten zu Differenzen in den Wortbeiträgen von ÄrztInnen und PatientInnen wieder. Selbst wenn dezidierte Möglichkeiten für Rück- oder Nachfragen in allen Gesprächen sehr spärlich ausfallen, sind PatientInnen von KassenärztInnen in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkter als jene von WahlärztInnen, da Gespräche straffer strukturiert und zeitlich knapper bemessen sind. PatientInnen müssen daher gewissermaßen ihre „Rollengrenzen“ überschreiten und Unterbrechungen oder ähnliche Verhaltensweisen tätigen, um eigene Initiativen zu setzen. Dies erfordert nicht nur mehr Mühe, sondern auch ein gewisses Maß an Selbstvertrauen und Sicherheit. Positive Reaktionen, Signale der Wertschätzung und Gleichberechtigung während dem Gespräch können als ärztInnenseitige Ermunterung zu Eigeninitiativen erkannt werden.

Auch hier zeigt sich ein Ungleichgewicht bei WahlärztInnen und KassenärztInnen, wobei WahlärztInnen ihren PatientInnen nachweisbar sprachlich mehr Mitspracherecht suggerieren, oder andere Sprechhandlungen tätigen, welche Gleichberechtigung und Kooperation fördern und betonen. Dieses Ergebnis wird auch durch die subjektive Wahrnehmung der PatientInnen bekräftigt, welche im Rahmen einer großangelegten Studie der Bertelsmannstiftung erhoben, und von Mielck und Helmert (2007) ausgewertet wurde.

Kooperation von PatientInnen ist im gesamten Verlauf einer ÄrztInnen- PatientInnen-Interaktion Grundvoraussetzung für effiziente Kommunikation und zielführende Behandlung. Speziell in der Phase der körperlichen Untersuchung scheint respektvoller und auf Gleichheit basierender Umgang absolute Bedingung für kooperatives Verhalten und langfristige Zufriedenheit von PatientInnen zu sein. Auch in diesem Bereich zeigt die Analyse, dass WahlärztInnen mehr Bemühungen anstellen, PatientInnen aktiver in die Untersuchung mit einzubinden und Informationen weiterzugeben.

Besonders hervorgehoben werden muss an dieser Stelle jedoch, dass lange Gespräche keinesfalls automatisch zu besserer Information und komplikationsfreier Kommunikation führen. Die vorliegende Analyse legt deutlich offen, dass auch bei WahlärztInnen Missverständnisse auftreten und erst spät erkannt werden, und im Gegensatz dazu knappe Orientierungshandlungen bei KassenärztInnen zum Teil ebenso produktiv sind, wie ausschweifende und sich wiederholende Erklärungen von WahlärztInnen.

Vielfach erfüllen einzelne Sprechhandlungen mehrere Zwecke. So können beispielsweise Informationen an PatientInnen auch Lob und motivierende Botschaften enthalten, oder Anweisungen gleichzeitig als Erklärungen dienen. Diese Verknüpfung von Redebeiträgen kann vor allem in zeitlich knapp bemessenen Untersuchungssituationen sinnvoll nutzbar gemacht, und als Chance für KassenärztInnen erkannt werden. In diesem Kontext zeigt sich ein zentrales Ergebnis der vorliegenden Analyse:

*Jegliche erfolgreiche Kommunikation basiert auf wechselseitiger Wertschätzung, respektvollem Umgang und dem beidseitigen Bekenntnis zu Kooperation. Obwohl knappe zeitliche Rahmenbedingungen diesbezügliche Bemühungen durchaus erschweren, und sich WahlärztInnen hierdurch in einer potenziell günstigeren Ausgangssituation finden, sind derartige Initiativen letztlich auch bei KassenärztInnen erfolgreich durchführbar. Respektvoller Umgang und eine Begegnung auf Augenhöhe manifestiert sich schlussendlich nicht nur in der Dauer einzelner Redebeiträge. Eine aktive Eingliederung von PatientInnen kann ebenso auf zeitökonomisch vorteilhafte Art und Weise geschehen, effiziente Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist schlussendlich nicht ausschließlich von zeitlichen Faktoren abhängig.*

Werden diese Ergebnisse in Verbindung mit medizinsoziologischen Annahmen gesetzt, so zeigt sich, dass auch im vorliegenden Datensample Divergenzen in der Behandlung zu Tage treten. Ein rein quantitativer Vergleich legt eindeutige Unterschiede bezüglich Dauer und Differenz in der Wortanzahl zwischen PatientInnen und ÄrztInnen offen, im Rahmen der qualitativen Analyse konnte schließlich festgestellt werden, dass Gespräche bei WahlärztInnen mehr Elemente gelungener ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation aufweisen, als jene bei KassenärztInnen. Obwohl keinesfalls von einer drastischen Ungleichbehandlung von KassenpatientInnen gesprochen werden kann, gibt es doch Tendenzen in Richtung einer „Andersbehandlung“.

Bezüglich der leitenden Forschungsfrage, inwieweit die Existenz einer „Zwei- Klassen- Medizin“ nachgewiesen werden kann, ist nun, nach Abschluss der Analyse eine klare Aussage zu treffen:

*Wenngleich Unterschiede in der Kommunikation vielfach stark von individuellen Faktoren aller TeilnehmerInnen abhängig sind, so bezeugen die offengelegten Differenzen doch gewisse Unterschiede in der Kommunikation von WahlärztInnen und KassenärztInnen. Selbstverständlich handelt es sich hierbei nicht um eine offensichtliche drastische Benachteiligung von KassenpatientInnen, die Existenz von Behandlungsunterschieden ist jedoch nicht zu leugnen.*

*Wenn Sprache das wichtigste Medium für den Austausch von Informationen in der ÄrztInnen- PatientInnen- Interaktion ist, sind es in diesem Bereich gerade kleine und scheinbar unbedeutende Differenzen, welche schlussendlich maßgebliche Auswirkungen, nicht nur auf die Kommunikationssituation, sondern auf die medizinische Behandlung im Gesamten haben. Eine „Zwei- Klassen- Medizin“ ist, selbst wenn über die Qualität medizinischer Leistungen keine Aussage gemacht werden kann, zumindest in der sprachlichen Behandlung von PatientInnen nicht von der Hand zu weisen.*

Ein Abgleich der anfänglich formulierten Hypothesen mit den Ergebnissen der Analyse legt offen, dass:

1. PatientInnen von WahlärztInnen tendenziell besser über gegenwärtige und zukünftige Prozesse und Abläufe aufgeklärt, und daher auch umfassender in Entscheidungsfindungsprozesse eingebunden werden.
2. quantitativ nachgewiesene Unterschiede bezüglich der Untersuchungsdauer zu einem großen Teil tatsächlich auf die ausführlichere Besprechung patientInnenrelevanter Thematiken zurückzuführen sind, wobei hier vielfach auch Initiativen von PatientInnen ausschlaggebend für eine vertiefende Diskussion sind. Körperliche Untersuchungen gestalten sich länger und werden ausführlicher von Redebeiträgen begleitet. Hierbei werden PatientInnen von WahlärztInnen aktiver in Vorgänge und Abläufe während der körperlichen Untersuchung eingebunden.
3. WahlärztInnen nicht automatisch zu partnerschaftlich orientierten Modellen der Beziehungsgestaltung tendieren, jedoch grundsätzlich eher positive Bewertungen oder motivierende Aussagen tätigen und daher mehr Möglichkeiten und Angebote für PatientInnen zur Verfügung stellen, aktiv am Gespräch teilzunehmen.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Zukunft liegt hauptsächlich im Aufzeigen gewisser Handlungsspielräume sowohl für ÄrztInnen als auch für PatientInnen.

Es wäre ebenso illusorisch wie zwecklos, einer Verlängerung der Behandlungsdauer von KassenpatientInnen zu postulieren, vielmehr sollte der Fokus auf eine Verbesserung der Nutzung bereits vorhandener Ressourcen gelegt werden. So sehr die vorliegenden Ergebnisse die Vorteile von zeitintensiven Behandlungssituationen bekräftigen, soll jedoch an dieser Stelle eindeutig festgemacht werden, dass effiziente ärztliche Kommunikation,

welche sich durch Merkmale wie Kooperation, wechselseitigem Verständnis und aktive Teilnahme von PatientInnen an Entscheidungsfindungsprozessen auszeichnet, auch in zeitlich knapp bemessenen Konsultationen sinnvoll realisiert werden kann.

Der Wille und entsprechende Handlungen von Seiten der ÄrztInnen, PatientInnen durch einen respektvollen und auf Gleichberechtigung basierenden Umgang zu mündigen und aktiven TeilnehmerInnen der Interaktion und im weiteren Verlauf zu eigenverantwortlichen AkteurInnen bei der Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit zu machen, ist schlussendlich keine Frage der Vertragsart. Rahmenbedingungen wirken zwar eindeutig auf Gestaltungsoptionen ein, Möglichkeiten zum „empowerment“ der PatientInnen bestehen jedoch auf verschiedensten Ebenen. Inwieweit diese Möglichkeiten genutzt werden, ist letztlich nicht ausschließlich davon abhängig, ob der Staat oder Privatpersonen für die Behandlung bezahlen.

## BIBLIOGRAFIE

Im Folgenden werden verschiedene Formen der Zitation bei Internetquellen verwendet: „Zugriff über...“ wird gebraucht, wenn es sich um ein Textdokument (meist pdf.) handelt, es entfällt, wenn direkt von einer Webseite zitiert wird.

Die Abkürzung [Hg.Innen] wird angewendet, wenn sowohl weibliche als auch männliche Personen beteiligt sind, [Hg.innen] steht für ausschließlich weibliche Herausgeberinnen.

---

Austin, John L. (1971): How to do things with words. University Press Oxford, Oxford.

Baumgartinger- Seiringer, Barbara (2003): Interaktive Bearbeitung von Schmerz- bzw. Krankheitsdarstellungen. – Eine feministisch- kritisch diskursanalytische Untersuchung an Anamneseinterviews mit Patientinnen mit Beschwerden im Thoraxbereich. Diplomarbeit, Universität Wien.

Becker- Mrotzek, Michael; Brünner, Gisela (2004): Einleitung. In: Becker- Mrotzek, Michael; Brünner, Gisela [Hrsg.Innen] (2004): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main. Seiten 7- 13.

Bernes, Franz Josef (1976): Bemerkungen zur Dialogkonstituierung. In: Berens, Franz Josef [et al.] 1976: Projekt Dialogstrukturen. Ein Arbeitsbericht. Max Hueber Verlag, München. Seiten 1- 34.

Bernstein, Basil (1970): Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten. Aufsätze 1958- 1970. Contact- Press, Amsterdam.

Berger, Peter; Luckmann, Thomas (1966): The social construction of reality. Doubleday Anchor, New York.

Billings, John A.; Stoeckle, John D (1989): The Clinical Encounter: A guide to the Medical Interview and Case Presentation. Year Book Medical Publications, Chicago.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009): Gesundheit und Krankheit in Österreich. GESUNDHEITSBERICHT ÖSTERREICH 2009. Zugriff über:  
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1066/CMS1288362276132/gboe\\_09.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/8/0/CH1066/CMS1288362276132/gboe_09.pdf) [Zugriff am 29.03.2011]

BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich 2005. Zugriff über:

<http://bmgis02.bmgfj.gv.at/BDBExtern/DocDownload.aspx?Doc=12026> [Zugriff am 15.03.2011]

Brinker, Klaus; Sager, Sven F. (2006): Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. 4., durchgesehene und ergänzte Auflage. Erich Schmid Verlag, Berlin.

Brockhaus Enzyklopädie (1989). Bd. 10, 19. Auflage. F.A.Brockhaus, Mannheim. Seite 544.

Brünner, Gisela; Gülich, Elisabeth (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien- Kommunikation. In: Brünner, Gisela; Gülich, Elisabeth [Hrsg.innen] (2002): Krankheit verstehen. Aisthesis Verlag, Bielefeld. [o.S.].

Bußmann, Hadumod (2002): Lexikon der Sprachwissenschaft. 3. Auflage. Alfred Körner Verlag, Stuttgart.

Cicourel, Aaron V. (1995): Medical Speech Events as Resources for Inferring- Differences in Expert- Novice Diagnostic Reasoning. In: Quasthoff, Uta M. [Hrsg.in] (1995): Aspects of oral Communication. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 364- 387.

Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Ehlich, Konrad (1993): Sprachliche Prozeduren in der Arzt- Patient- Kommunikation. In: Löning, Petra; Rehbein, Jochen [Hrsg.Innen] (1993): Arzt- Patienten- Kommunikation. De Gruyter, Wien; New York. Seiten 67- 90.

Eisen, Barbara (2001): Phonetische Aspekte zwischensprachlicher Interferenz. Untersuchungen zur Artikulationsbasis an Häsitationspartikeln nicht- nativer Sprecher des Deutschen. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.

Elwyn, Glyn J. [et al.] (2001): Measuring the involvement of patients in shared decision making: a systematic review of instruments. In: Patient Education and Counseling. Volume 43 (1). Seiten 5- 22.

Frier, Wolfgang (1981): Zur linguistischen Beschreibung von Frage- Antwort- Zusammenhängen. In: Frier, Wolfgang [Hrsg.] (1981): Pragmatik. Theorie und Praxis. Rodopi Verlag, Amsterdam. Seiten 41- 91.

Garfinkel, Harold (1967): Studies in ethnomethodology. Prentice-Hall, New York.

Gill, Cyril H. (1975): Verschiedene Interviewformen in der ärztlichen Allgemeinpraxis und der „Flash“. In: Balint, Enid; Norell, J.S. [Hrsg.Innen] (1975): Fünf Minuten pro Patient. Eine

Studie über die Interaktion in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main. Seiten 75-88.

Goffman, Erving (1974): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. (o.V.), Frankfurt.

Goffman, Erving (1959): The presentation of self in everyday life. Doubleday, New York [et al.].

Goldberg, Julia A. (1990): Interrupting the discourse on interruptions: An analysis in terms of relationally neutral, Power- and Rapport-Oriented acts. In: Journal of Pragmatics. Volume 14. Seiten 883- 903.

Grice, Paul H. (1975): Logik und Konversation. In: Hoffmann, Ludger [Hrsg.] (2010): Sprachwissenschaft: Ein Reader. Dritte erweiterte Auflage. De Gruyter, Berlin; New York.

Grüne Niederösterreich:

[www.keine2klassenmedizin.at](http://www.keine2klassenmedizin.at) [Zugriff am 02.04.2011]

<http://niederoesterreich.gruene.at/demokratie/artikel/lesen/71094/> [Zugriff am 02.04.2011]

Gülich, Elisabeth; Mondada, Lorenza (2008): Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen. Niemeyer, Tübingen.

Gülich, Elisabeth (1981): Dialogkonstitution in institutionell geregelter Kommunikation. In: Schröder, Peter; Steger, Hugo [Hrsg.] (1981): Dialogforschung. Schwann, Düsseldorf. Seiten 418- 456.

Heath, Christian (2006): Body work: the collaborative production of the clinical object. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge [et al.]. Seiten 185- 213.

Hein, Norbert (1985): Gespräche beim praktischen Arzt. Diplomarbeit, Universität Wien.

Helbig, Gerhard (1988): Lexikon deutscher Partikeln. Enzyklopädie Verlag, Leipzig.

Henne, Helmut; Rehbock, Helmut (1995): Einführung in die Gesprächsanalyse. Dritte Auflage. De Gruyter, Berlin; New York.

Heritage, John; Maynard, Douglas W. (2006): Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W.

[Hrsg.] (2006): Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge [et al.]. Seiten 1- 21.

Heritage, John; Stivers, Tanya (1999): Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient experiences. In: Social Sciences & Medicine. Volume 49 (11). Seiten 1501- 1517.

Hoffmann, Ludger [Hrsg.] (2010): Sprachwissenschaft: Ein Reader. Dritte erweiterte Auflage. De Gruyter, Berlin; New York.

HVB (2009): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien. Zugriff über:  
[http://www.hauptverband.at/mediaDB/664217\\_Handbuch\\_der\\_oesterreichischen\\_Sozialversicherung\\_2010.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/664217_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung_2010.pdf) [Zugriff am 16.03.2011]

Kallmeyer, Werner (1988): Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, Ulrich; Dittmar, Norbert; Mattheier, Klaus J. (1988): Handbuch Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 1095- 1107.

Kallmeyer, Werner (1985): Handlungskonstitution im Gespräch. Dupont und sein Experte führen ein Beratungsgespräch. In: Gülich, Elisabeth; Kotschi, Thomas [Hrsg.Innen] (1985): Grammatik, Konversation, Interaktion. Beiträge zum Romanistentag 1983. Niemeyer, Tübingen. Seiten 81- 122.

Kloz, Reinhold [Hrsg.] (1879): Handwörterbuch der lateinischen Sprache. Zweiter Band, I-Z. Westermann Verlag, Braunschweig.

Körfer, Armin; Köhle, Karl; Obliers, Rainer (1994): Zur Evaluation von Arzt- Patienten-Kommunikation - Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, Angelika; Wiese, Ingrid [Hrsg.innen] (1994): Medizinische Kommunikation. Westdeutscher Verlag, Opladen. Seiten 53- 94.

Körfer, Armin (1979): Zur konversationellen Funktion von *ja aber*. Am Beispiel universitärer Diskurse. In: Weydt, Harald [Hrsg.] (1979): Die Partikeln der deutschen Sprache. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 14- 29.

Laimböck, Max (2009): Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Springer Verlag, Wien; New York.

Lalouschek, Johanna (2007): Ärztliche Gesprächspläne und Anliegen chronisch kranker PatientInnen in der chronischen Schmerzbehandlung. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt „Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung“. Version 07/5. Zugriff über:

[http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier\\_2007\\_Patientenanliegen\\_Lalouschek.pdf](http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/downloads/Arbeitspapier_2007_Patientenanliegen_Lalouschek.pdf) [Zugriff am 26.03.2011]

Lalouschek, Johanna (2005): Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung- am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas [Hrsg.Innen] (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. Seiten 48- 72.

Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst- Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker- Mrotzek, Michael; Brünner, Gisela [Hrsg.Innen] (2004): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main. Seiten 137- 158.

Lalouschek, Johanna (2001): Die sprachwissenschaftliche Analyse der Patienten- Interviews. Berichtsteil des Forschungsprojekts „Unterschiede in der Anamnese bei akutem Brustschmerz zwischen koronarer und nicht- koronarer Ursache bei weiblichen und männlichen Patienten“ (Teil A+B). Wien.

Lalouschek, Johanna (1995): Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Westdeutscher- Verlag, Opladen.

Lalouschek, Johanna; Menz, Florian; Wodak, Ruth (1990): Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Patienten und Schwestern. Gunter Narr Verlag, Tübingen.

Linden, Michael (1983): Ärztliche Gesprächsführung. Leitfaden für die Praxis. Hoechst Verlag, Frankfurt.

Lippert, Herbert (1978): Sprachliche Mittel in der Kommunikation im Bereich der Medizin. In: Mentrup, Wolfgang [Hrsg.] (1978): Fachsprachen und Gemeinsprache. Jahrbuch des Instituts für deutsche Sprache, Düsseldorf. Seiten 84- 100.

Löning, Petra (2001): Gespräche in der Medizin. In: Brinker [et al.] (2001): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. Zweiter Halbband. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 1576- 1588.

Maclay, Howard; Osgood, Charles (1959): Hesitation Phenomena in Spontaneous English Speech. In: Word. Volume 15 (1). Seiten 19- 37.

Mangione- Smith, Rita [et al.] (2003): Online commentary during the physical examination: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing. In: *Social Science & Medicine*. Volume 56 (2). Seiten 313- 320.

Menz, Florian (2011): Doctor- Patient- Communication. In: Wodak, Ruth; Johnstone, Barbara; Kerswill, Paul [Hrsg.Innen] (2011): *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. Sage, London. Seiten 330- 344.

Menz, Florian; Sator, Marlene (2011): Kommunikationstypologien des Handlungsbereichs Medizin. In: Habscheid, Stephan [Hrsg.] (2011): *Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen. Linguistische Typologien der Kommunikation*. De Gruyter, Berlin. Seiten 414- 436.

Menz, Florian [et al.] (2010): *Sprechen über Schmerzen: Linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*. Universitätsverlag Rhein- Ruhr, Duisburg.

Menz, Florian; Plansky, Luzia (2010): *Kommunikationsmuster und Gesprächstechniken zur Compliance- Förderung von PatientInnen*. Endbericht. Universität Wien. [unveröffentlicht]

Menz, Florian; Al- Roubaie, Ali (2008): Interruptions, status and gender in medical interviews: the harder you brake, the longer it takes. In: *Discourse Society* 2008, Nr. 19 (5). Seiten 645- 666.

Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Gstettner, Andreas (2008): *Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. Ein gesprächsanalytisches Trainingskonzept*. LIT- Verlag, Wien.

Meyer, Bernd (2000): *Medizinische Aufklärungsgespräche. Struktur und Zwecksetzung aus diskursanalytischer Sicht*. Hamburg: Universität Hamburg, Sonderforschungsbereich 538. (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit – Folge B, Nr. 8/2000)

Meyer, W. John; Thomas, W. George; Ramirez, O Francisco [et al.] [Hrsg.] (1987): *Institutional structure: constituting state, society, and the individual*. Sage Publications, Thousand Oaks; London; New Delhi.

Mielck, Andreas; Helmert, Uwe (2007): Das Arzt- Patient- Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV- Versicherten. In: Böcken, Jan; Braun, Bernhard; Amhof, Robert [Hrsg.] (2007): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Verlag Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh. Seiten 114- 131. Zugriff über: [http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-7299EAE7-3393920C/bst/Gemo\\_2007.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-7299EAE7-3393920C/bst/Gemo_2007.pdf) [Zugriff am 06.04.2011]

Mishler, Elliot G. (1984): *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Ablex Verlag, Norwood; New York.

Nowak, Peter (2010): *Eine Systematik der Arzt- Patient- Interaktion: Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main [et al.].

Nowak, Peter; Spranz- Fogasy, Thomas (2008): *Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch*. In: Reuter, Ewald [Hrsg.] (2008): *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. Professionelle Kommunikation*. Iudicium Verlag, München. Seiten 80- 96.

Nutbeam, Don (2000): *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century*. In: *Health Promotion International*. Volume 15 (3), Seiten 259- 267.

Nutbeam, Don; Kickbusch, Ilona (2000): *Advancing health literacy: a global challenge for the 21<sup>st</sup> century*. In: *Health Promotion International*. Volume 15 (3), Seiten 183- 184.

OECD (Organisation for economic Co-operation and Development): *Stat. Extracs. Health expenditure and financing*.

[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) [Zugriff am 06.08.2011]

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen):

*Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*. Ausgabe 2010. Zugriff über: [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen\\_2010.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf) [Zugriff am 15.03.2011]

Österreichische Sozialversicherung: *WahlärztInnen*

[http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel\\_content/cmsWindow;jsessionid=6F1F2E1B5E519ADF029AF0C5FBD8D29A.jbport\\_271\\_1a?action=2&p\\_menuid=60862&p\\_tabid=5](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow;jsessionid=6F1F2E1B5E519ADF029AF0C5FBD8D29A.jbport_271_1a?action=2&p_menuid=60862&p_tabid=5) [Zugriff am 15.03.2011]

Peretti, Paula (1993): *Die Rückfrage: Formen und Funktionen eines Sprechhandlungstyps im Deutschen und Spanischen anhand eines Corpus der gesprochenen Gegenwartssprache*. Iudicium Verlag, München.

Quasthoff, Uta M. (1990): *Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip*. In: Ehlich, Konrad; Körfer, Armin; Redder, Angelika; Weingarten, Rüdiger (1990): *Medizinische und therapeutische Kommunikation*. Narr Verlag, Tübingen. Seiten 109- 141.

Quasthoff, Uta M. (1982): Frageaktivitäten von Patienten in Visitengesprächen: Konversationstechnische und diskursstrukturelle Bedingungen. In: Köhle, Karl; Raspe, Hans Heinrich [Hrsg.] (1982): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Urban & Schwarzenberg Verlag, München; Wien. Seiten 70- 101.

Quasthoff, Uta M. (1979): Verzögerungsphänomene, Verknüpfungs- und Gliederungssignale in Alltagsargumentationen und Alltagserzählungen. In: Weydt, Harald [Hrsg.] (1979): Die Partikeln der deutschen Sprache. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 39- 57.

Raspe, Hans- Heinrich; Siegrist, Johannes (1979): Zur Gestaltung der Arzt- Patient- Beziehung im stationären Bereich. In: Siegrist, Johannes; Hendel- Kramer, Anneliese; Ahrens, Stephan (1979): Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt- Patient- Beziehung. Urban & Schwarzenberg Verlag, München; Wien. Seiten 113- 138.

Rehbein, Jochen; Löning, Petra (1995): Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt- Patienten- Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt- Praxis. DFG-Forschungsbericht. Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 54, Universität Hamburg.

Reisigl, Martin (2011): Schwierige Verständigung. Interkulturelle Gespräche auf der Kopfschmerzambulanz. Wien. [unveröffentlicht]

Roberts, Celia (2006): Continuities and discontinuities in doctor- patient consultations in a multilingual society. In: Gotti, Maurizio; Salager- Meyer, Françoise [Hrsg.] (2006): Advances in medical discourse analysis: oral and written contexts. Peter Lang Verlag, Bern. Seiten 177- 195.

Robinson, Jeffrey (2007): Soliciting patients' presenting concerns. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): Communication in medical care. Interaction between primary physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge [et al.]. Seiten 22- 47.

Sator, Marlene; Thomas Spranz- Fogasy (2011): Medizinische Kommunikation. In: Knapp, Karlfried [et al.] [Hrsg.Innen] (2011): Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch. 3. Auflage. UTB- Verlag, Tübingen; Basel. Seiten 376- 393.

Saville- Troike, Muriel (1994): The Place of Silence in an Integrated Theory of Communication. In: Tannen, Deborah; Saville- Troike, Muriel [Hrsg.Innen] (1985): Perspectives on Silence. Ablex Publishing Corporation, Norwood; New Jersey.

Schank, Gerd (1976): Zur Binnensegmentierung natürlicher Dialoge. In: Berens, Franz Josef [et al.] 1976: Projekt Dialogstrukturen. Ein Arbeitsbericht. Max Hueber Verlag, München. Seiten 35- 72.

Schulze Ehring, Frank; Weber, Christian (2009): „Zwei- Klassen- Medizin“: Zur Diskussion von Leistungs- und Qualitätsunterschieden im deutschen Gesundheitswesen. In: Bandelow, Nils C.; Eckert, Florian; Rösenberg, Robin [Hrsg.]: Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung, und Wissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. Seiten 135- 149.

Schegloff, Emanuel A.; Koshik, Irene; Jacoby Sally; Olsher, David (2002): Conversation Analysis and Applied Linguistics. In: Annual Review of Applied Linguistics, 2002, Volume 22. Seiten 3- 31.

Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (2003): Shared decision- making. Ein neues Konzept der Professionellen- Patienten- Interaktion. In: Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger: Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa- Verlag, Weinheim; München. Seiten 11- 22.

Schütz, Alfred (1960): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Zweite Auflage. Springer Verlag, Wien.

Scott, W. Richards (1995): Institutions and organizations. Foundations for organizational science. Sage Publications, Thousand Oaks; London; New Delhi.

Searl, John (1969): Speech Acts: An Essay on the Philosophy of Language. Cambridge University, London.

Silverman, Jonathan; Kurtz, Suzanne; Draper, Juliet (2005): Skills for Communicating with Patients. 2<sup>nd</sup> Edition. Radcliff Publishing, Oxon.

Soeffner, Hans Georg (1984): Strukturanalytische Überlegungen zur gerichtlicher Interaktion. In: Reichertz, Jo [Hrsg.] (1984): Sozialwissenschaftliche Analysen jugendgerichtlicher Interaktion. Stauffenberg Verlag, Tübingen. Seiten 189- 225.

Spranz- Fogasy, Thomas (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, Mechthild; Ditz, Susanne; Spranz- Fogasy, Thomas [Hrsg.Innen] (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart. Seiten 17- 47.

West, Candance (2007): Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: Heritage, John; Maynard, Douglas W. [Hrsg.] (2007): Communication in medical

care. Interaction between primary physicians and patients. Cambridge University Press, Cambridge [et al.]. Seiten 379- 414.

Weydt, Harald [Hrsg.] (1979): Die Partikeln der deutschen Sprache. De Gruyter, Berlin; New York.

WHO Europe: Der europäische Gesundheitsbericht 2009. Zugriff über: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/82413/E93103g.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/82413/E93103g.pdf) [Zugriff am 16.03.2011]

WHO: Press Release, WHO/ 44, 21 Juni 2000:  
[http://www.photius.com/rankings/who\\_world\\_health\\_ranks.html](http://www.photius.com/rankings/who_world_health_ranks.html) [Zugriff am 16.03.2011]

WHO: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Zugriff über: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) [Zugriff am 16.03. 2011]

Willkop, Eva- Maria (1988): Gliederungspartikeln im Dialog. Iudicium Verlag, München.

Wodak, Ruth (1987): Kommunikation in Institutionen. In: Ammon, Ulrich; Dittmar, Norbert; Mattheier, Klaus Jürgen [Hrsg.] (1987): Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. De Gruyter, Berlin; New York. Seiten 799- 819.

Wunderlich, Dieter (1976): Studien zur Sprechakttheorie. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.

Zifonun, Gisela; Hoffmann, Ludger; Strecker, Bruno (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Band 1- 3. De Gruyter, Berlin, New York.

Zoppi, Kathleen A (1997): Interviewing as clinical conversation. In: Mengel, Mark B; Fields, Scott A [Hrsg.] (1997): Introduction to clinical skills. A patient- centered textbook. Plenum Medical Books Company, New York. Seiten 41- 57.

---

# ANHANG

## A. Transkriptionskonventionen

### Siglen:

A	Ärztin, Arzt
P	Patient, PatientIn
U	AssistenIn, SekretärIn

### Spurtypen:

[v]	Verbalspur
[nv]	Non- Verbalspur
[sup]	Suprasegmentalspur
[akz]	Spur für besondere Betonung
[Komm] / [ko]	Kommentarspur

### Transkriptionskonventionen:

((vermutet)) bzw. (vermutet)	vermuteter Wortlaut
(( )) bzw. ( )	Unverständliches
[Name]	Anonymisierung
•/••/•••	Pausen bis 1s
((2s))	Pausenlänge
/	Reparatur
...	Abbruch
((ea)), ((aa))	auffälliges Ein- und Ausatmen
<u>besondere</u>	Betonung
guut	Längung

### Tonale Struktur:

hm□	fallend- steigend
hm□	steigend- fallend
hm□	gleichbleibend
hḿ	steigend
hm̀	fallend

### Transkriptionen im Fließtext:

( )	vermuteter Wortlaut
[ ]	Überlappungen
[...]	Auslassung der Verfasserin
[Ort/Name]	Anonymisierung

## **B. Abstract**

### *Deutscher Abstract*

Die vorliegende Diplomarbeit ordnet sich in den Forschungskontext linguistischer gesprächsanalytischer Untersuchungen zu medizinischer Kommunikation ein.

Die leitende Forschungsfrage widmet sich einem bisher kaum untersuchten Bereich der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation in hausärztlichen Ordinationen. Mit Hilfe gesprächsanalytischer Forschungsinstrumente sollen Erkenntnisse bezüglich der Unterschiede in der Kommunikation bei Wahl- und KassenärztInnen gewonnen werden.

Das Datenmaterial stammt aus einem Forschungsprojekt von Florian Menz und Luzia Plansky (2010), in dessen Rahmen von insgesamt etwa 1000 aufgezeichneten Gesprächen 193 nach HIAT- Konventionen transkribiert wurden. Hiervon wurden insgesamt neun authentische Gespräche bei verschiedenen niedergelassenen ÄrztInnen der Allgemeinmedizin sowie InternistInnen für die vorliegende Analyse ausgewählt. Audioversionen und Transkripte dieser Gespräche dienen schlussendlich der qualitativen Analyse, wobei hierbei ein Fokus auf Gesprächseröffnungen und Beendigungen, auf den Ablauf körperlicher Untersuchungen sowie auf ärztliche Reaktionen auf patientInneninitiierte Fragen und Thematisierung von Unsicherheiten gelegt wird.

Die Analyse legt eindeutige Unterschiede in Gesprächsorganisation und -ablauf offen. Vorwiegend zeigen sich diese Differenzen in Form der ausführlicheren Informationsweitergabe, einer verhältnismäßig ausgeglichenen Redevertelung sowie der Ermunterung zu aktiver Teilnahme von PatientInnen am Gespräch bei WahlärztInnen.

Zusätzlich konnte aber festgestellt werden, dass die Vertragsart nicht zwangsläufig über den Grad an Effizienz der ÄrztInnen- PatientInnen- Kommunikation entscheidet, sondern vielfach auch mit begrenzten Zeitressourcen der KassenärztInnen produktive und zielführende Kommunikation stattfinden kann, sofern diesbezüglich genügend Initiativen von den jeweiligen ÄrztInnen erfolgen.

### *English Abstract*

This diploma thesis picks up on a sociolinguistic analysis of doctor-patient-communication in primary care encounters. It focuses on variations in doctor-patient-interaction which might be caused by different types of health insurance. Specifically there are two types of health insurance: one is provided by the state and often considered inferior in comparison to health care provided either by individuals or private insurance companies. This analysis aims to determine to what extent the existence of a "two-tier health care system" can be proven

linguistically. Several hypotheses concerning certain presumptions about differences in the verbal behaviour of doctors are introduced.

Using conversation-analytic methods, nine different conversations between doctors and patients in primary care encounters had been analysed.

The selected data originates from a former project, conducted by Menz and Plansky (2010), which contains about 193 conversations between doctors and patients in primary care encounters. The material was collected in different locations within Austria and does not only contain audio recordings, but had also been transferred into a written form.

Specializing in the analysis of certain aspects such as the organisation of opening and closing sequences, talk during physical examination as well as doctors' reactions to questions of patients, it had been possible to draw a number of conclusions.

Firstly the results show that there are indeed qualitative variations between doctor-patient-interactions caused by different types of health care insurances. Typically those patients who are treated as "private patients" are integrated actively during the whole encounter. Doctors provide more possibilities to ask questions and generally give more information throughout the interaction, especially during physical examinations. As a consequence, those patients have a better chance to be empowered in their position, which leads to a higher rate of compliance among this group of patients.

Effective communication meets the demands of physicians and patients and their needs for clear and sufficient information. Furthermore it is compatible with constricted time ranges in those situations. The results show that while it might be easier for private patients to efficiently communicate with physicians during their consultations, successful interaction is not limited to this group. Empowering patients is therefore not confined to those doctors who have more time to spend with patients, but can be realised in temporally restricted encounters. Eventually it mostly depends on the doctors' willingness and competence to strengthen patients' status and advocate better opportunities to actively participate during their consultations.

## C. Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name: Regina Geisler  
Anschrift: Währinger Gürtel 93/6  
1180 Wien  
Geburtsdatum,- ort: 23.10.1987, Innsbruck  
Staatsangehörigkeit: Österreich

### Ausbildung

1994- 1998: Volksschule Amras, Innsbruck  
1998- 2006: Bundesgymnasium Sillgasse, Innsbruck  
Matura mit gutem Erfolg bestanden  
seit 2007: Diplomstudium der Sprachwissenschaft;  
Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung

### Auslandserfahrung

Oktober 2006- Mai 2007: Auslandsaufenthalt in Costa Rica  
4- monatiges Praktikum auf der biologischen  
Forschungsstation „La Gamba“  
3- monatiges Praktikum im Waisenhaus „Hospicio de  
Huerfanos Vista del Mar“  
August 2010- Dezember 2010: Erasmus- Studienaufenthalt in Tampere/ Finnland

### Berufserfahrung im Bereich Linguistik

seit März 2011: Linguistische Transkription von  
MandantInnengesprächen