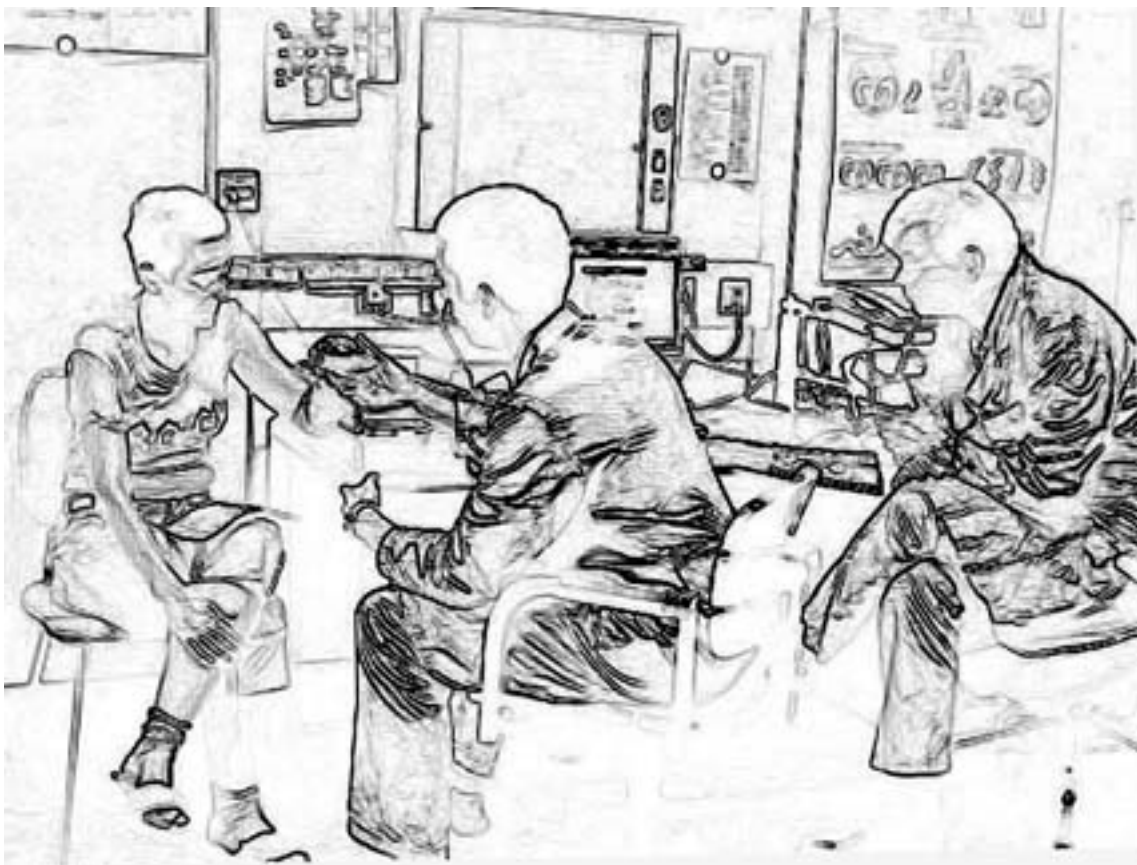


Johanna Lalouschek

**Ärztliche Gesprächspläne und
Anliegen von PatientInnen
in der chronischen
Schmerzbehandlung**



Arbeitspapier zum Forschungsprojekt
"Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung"
[*download <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm>*]

2008 (work in progress · version 08/4)

Inhalt

1	PATIENTENBETEILIGUNG UND ÄRZTLICHE GESPRÄCHSFÜHRUNG	5
1.1	Einleitende Bemerkungen: Patientenbeteiligung, Behandlungsqualität und neue Aufgaben für die ärztliche Gesprächsführung	5
1.2	Patientenbeteiligung und Arzt-Patienten-Kommunikation	6
1.2.1	Das Arzt-Patient-Gespräch als institutionelle Kommunikation	6
1.2.2	Konsequenzen der institutionellen Geformtheit ärztlicher Kommunikation.....	8
1.2.3	Das Arzt-Patienten-Gespräch als Experten-Laien-Kommunikation	8
1.3	Gesprächstypen, Gesprächspläne von ÄrztInnen und Anliegen von PatientInnen.....	9
1.3.1	Institutionelle Gesprächszwecke und Kooperativitätserwartungen an PatientInnen.....	9
1.3.2	Anliegen von PatientInnen (<i>chief complaint</i>).....	10
1.3.3	Gesprächstypen: Erstgespräch, Kontrollgespräch und die Anliegen von PatientInnen	12
1.3.4	Entscheidungs- und Beratungstätigkeit als verborgene Qualität ärztlicher Gespräche	15
1.4	Medizin für akute und chronische Erkrankungen: der große Unterschied	16
2	FALLSTUDIEN.....	20
2.1	Initiale Sequenz, ärztliche Gesprächspläne, Patientenanliegen und Compliance.....	20
2.2	Patientenanliegen vs. ärztlicher Gesprächsplan: Gespräch IGW	22
2.2.1	Sequenzielle Struktur der initialen Sequenz.....	23
2.2.2	Binnenstruktur der initialen Barstellung: Hauptanliegen der Patientin.....	26
2.2.3	Fokus des Arztes – Thematische Aspekte und Fokus der Patientin	28
2.2.4	Passung und Passungsstörung: Die Methode der Extraktion	29
2.2.5	Beurteilung der initialen Sequenz	30
2.2.6	Die interaktiven Verfahren der Patientin	31
2.2.7	Die Gesprächsführung des Arztes	31
2.2.8	Der weitere Gesprächsverlauf	32
2.2.9	Initiale Sequenz und Gesprächsverlauf: erste Schlussfolgerungen	34
2.2.10	Die systematische Reduktion der Komplexität des Gesprächs	35
2.2.11	Konsequenzen und Alternativen für die ärztliche Gesprächsführung:.....	35
2.3	Die Durchsetzung des Patientenanliegens: Gespräch JSW.....	37
2.3.1	Struktur der initialen Sequenz	37
2.3.2	Fokus von Arzt – Anliegen der Patientin	40
2.3.3	Extraktion der initialen Darstellung der Patientin.....	42
2.3.4	Die spezifischen Bedingungen des Gelingens.....	43
2.3.5	Zusammenfassung: empowerment durch persönliche Erfahrung	44
2.3.6	Patientenanliegen Diagnosebestätigung: Gespräch ELM	44
2.4	Weitere Fallstudien	47
2.4.1	Patientenanliegen Differenzialdiagnose: Gespräch BOM.....	47
2.4.2	Interaktive Kooperation und Patientenmotivation: Gespräch FTW	48

2.4.3	Kooperation und institutionssozialisierter Patient: Gespräch DLM.....	48
2.4.4	Mangelnde Diagnoseabklärung und Therapiemisserfolg: Gespräch DCW	48
2.4.5	Mangelnde Therapieerklärung und Non-Compliance: Gespräch LCW.....	49
2.4.6	Fehlende gemeinsame Therapieabstimmung: Gespräch CAW.....	49
2.4.7	Unterschiedliche Behandlungs- und Beziehungskonzepte: Kopfschmerzambulanz vs. Physikalische Medizin	50
2.4.8	Ärztliche Gesprächskompetenz: Ärztliches Lehrgespräch und linguistische Vorschläge zur Verbesserung.....	50
3	ZUSAMMENFASSUNG: ÄRZTLICHE GESPRÄCHSPLÄNE UND ANLIEGEN VON PATIENTINNEN.....	52
3.1	Gesprächspläne der ÄrztInnen, Gesprächstypen und institutionelle Bedingungen	52
3.2	Schmerzdarstellung und Anliegen der PatientInnen.....	53
3.3	Passungserfolge und Passungsstörungen zwischen den Gesprächsplänen der ÄrztInnen und den Anliegen der PatientInnen.....	54
3.4	Entscheidungsbearbeitung als verborgene Qualität ärztlicher Gespräche	54
3.5	Chronische Erkrankungen und ärztliche Gesprächsführung	55
3.6	Konsequenzen und Ausblick.....	55
4	ANHANG: TRANSKRIPT JSW_PMR	57
5	LITERATUR	62

1 PATIENTENBETEILIGUNG UND ÄRZTLICHE GESPRÄCHSFÜHRUNG

1.1 Einleitende Bemerkungen: Patientenbeteiligung, Behandlungsqualität und neue Aufgaben für die ärztliche Gesprächsführung

Die Qualität der Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und die Art und Qualität der ärztlichen Konsultationen bestimmen den Erfolg einer jeden Behandlung, sei es eine aufmerksame Gestaltung des Untersuchungsablauf, sei es das Eingehen auf die Anliegen der PatientInnen, sei es die Vermittlung verständlicher Information oder sei es die angemessene Beteiligung der PatientInnen an Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen. Diese Qualitäten sind verantwortlich für das Ausmaß der Zufriedenheit der PatientInnen mit der ärztlichen Betreuung, für das Ausmaß ihrer Mitarbeit bei Therapie, Befolgung ärztlicher Ratschläge und Verordnungen und für ihre Verbindlichkeit bei Nachkontrollen. Diese Qualitäten sind auch maßgeblich am Erfolg und der nachhaltigen Wirkung von Behandlungen beteiligt, und das nicht nur im Sinne von körperlicher Wiederherstellung, sondern auch im Sinne von nachhaltigem Krankheits- und Gesundheitsmanagement: PatientInnen, die im Zuge ihrer Behandlung von den ÄrztInnen in ihrer Kompetenz und Selbstverantwortung wahr-, ernstgenommen und gefördert werden, die angemessen in Entscheidungsprozesse eingebunden und informiert werden, sind außerhalb der unmittelbaren Betreuungssituation im Umgang mit ihrer Erkrankung kompetenter, entscheidungsfähiger und motivierter und können neue Informationen selbstständig in ihr bestehendes Wissen integrieren und sind stärker an der Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und eines gesundheitsförderlichen Lebensstils interessiert. Diese Qualitäten sind somit auch ein ökonomisch relevanter Faktor für das Gesundheitswesen. Und nicht zuletzt sind diese Qualitäten auch ein Garant für eine verbesserte Berufszufriedenheit von medizinischem und pflegerischem Personal.¹

Aus diesen Veränderungen erwachsen neue Komplexitäten und Herausforderungen an ein modernes Beziehungsmodell zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und eine kompetente Gesprächsführung. Die Gesprächssituationen mit den PatientInnen werden vielfältiger und komplexer, und damit auch die kommunikativen ärztlichen Aufgaben: Zur Durchführung einer Untersuchung kommt eine angemessene Vermittlung von Diagnoseergebnissen und von Informationen zu therapeutischen Alternativen, dazu kommen aufklärende und beratende Tätigkeiten, die kompetente Unterstützung bei der Abwägung von Entscheidungen, die Motivierung von PatientInnen, Verantwortung zu übernehmen und vieles mehr.

¹ All diese Qualitäten stecken in Begriffen wie patientenorientierte Medizin, Patientenbeteiligung, Patientenautonomie, Empowerment, Shared Decision Making oder partizipative Entscheidungsfindung, die seit mehreren Jahren die aktuelle medizinische Forschung prägen (s. Brennan et al. 2002, Trummer et al. 2003, Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik 2005, Anderson/Funell 2005, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2005, Scheibler 2006). Diese Ansätze werden unter dem Thema "Patientenbeteiligung" einen Forschungsschwerpunkt im Rahmen der geplanten Projektweiterführung bilden. Bis zu den ersten Publikationen sei auf die Projektwebsite und die dort laufend ergänzten Arbeitspapiere und Berichte verwiesen (<http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm>).

Im Folgenden sollen die wesentlichen Faktoren, die die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen formen und bestimmen, herausgearbeitet werden, die institutionellen Rahmenbedingungen, das Aufeinandertreffen von ärztlichen Gesprächsplänen und Anliegen von PatientInnen sowie die besonderen Herausforderungen der Behandlung chronischer Erkrankungen.

1.2 Patientenbeteiligung und Arzt-Patienten-Kommunikation

1.2.1 Das Arzt-Patient-Gespräch als institutionelle Kommunikation

Eine für ärztliche Beziehungsmuster und Entscheidungsfindung unhintergebarer Aspekt ist die institutionelle Geformtheit von ärztlicher Kommunikation (z.B. Ehlich/ Rehbein 1980, Gülich 1981, Drew/ Sorjonen 1997 und Sarangi/ Roberts 1999).

Institutionen wie Schule, Gericht, Ämter oder eben Gesundheitswesen verkörpern relevante gesellschaftliche Bereiche und manifestieren gesellschaftliche Macht. Die VertreterInnen einer Institution werden als "AgentInnen" bezeichnet, die Personen, die die Institution in Anspruch nehmen als "KlientInnen". Beiden sind über die jeweilige Institution spezifische Rollenzuschreibungen, Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen vorgegeben – und wie diese qualitativ aussehen, hängt von dem Bezugssystem und den Leitkonzepten ab, die der Institution zugrunde liegen. Auf das sprachliche Handeln bezogen etablieren diese Regelungen *institutionsspezifische Interaktionsmuster* (z.B. ärztliche Erstgespräche, Unterrichtsstunden, Zeugnisaussagen, Predigten), in denen sich die Zwecke und Arbeitsaufgaben der Institution manifestieren; sie können sich auf Ort und Zeit der Kommunikationsabläufe beziehen, auf die Definition und Kompetenzen von AktantInnen, auf die Auswahl der konstitutiven, zulässigen und charakteristischen Redebeiträge und deren Reihenfolge, auf die Art der Realisierung der kommunikativen Handlungen (schriftlich, mündlich, sprachlich, nicht-sprachlich) bis hin zur Formulierung der sprachlichen Handlungen (vgl. Gülich 1981, 422).

In Abhängigkeit von Berufs- und Statusrollen erfolgt über die institutionellen Regelungen also eine spezielle *Zuordnung von sprachlichen Handlungen* zu einzelnen InteraktantInnen. Dieses "Prinzip der Zuständigkeit" (vgl. Quasthoff 1990) regelt den Zugang und die Verteilung des Rederechts. In der Arzt-Patienten-Interaktion sind ÄrztInnen aufgrund ihrer Berufsrolle und der institutionellen und fachlichen Zielsetzungen als "für die Interaktion zuständig" definiert und daher quasi-automatisch mit entsprechenden Vorrechten interaktiver Art ausgestattet. Ärztinnen haben das Vorrecht, Gespräche zu eröffnen und zu beenden, sie können Fragen stellen ohne in gleicher Weise antworten zu müssen und können ohne Erklärungen Themenwechsel durchführen; PatientInnen befinden sich demgegenüber in einer prinzipiell reaktiven, auf das sprachliche Handeln der ÄrztInnen direkt bezogenen und von ihm abhängigen Position. Ihre interaktiven Mittel, aktiv und gesprächssteuernd einzugreifen, sind gering. Über die Mittel der Gesprächsorganisation übernehmen ÄrztInnen auch die Kontrolle über den inhaltlichen Verlauf der Interaktion (ausführlich Lalouschek 2005a, Kap. 3).

Mit dieser Zuordnung sprachlicher Handlungen qua institutioneller Rollenzuordnung untrennbar verbunden ist die Etablierung eines Machtverhältnisses zwischen AgentInnen und

KlientInnen, in diesem Fall also zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. D.h., dass ÄrztInnen über die Realisierung der ihnen zugeordneten sprachlichen Handlungen quasi automatisch ihre sozial mächtigere Position diskursiv manifestieren und diese Realisierungsmöglichkeiten in unterschiedlichster Weise zur Erreichung ihrer Ziele bzw. der institutionellen Zwecke einsetzen können – sei es ein ausführliches Gespräch mit einer Patientin zu führen, sei es eine Untersuchung an einem hektischen Vormittag rasch und zügig durchzuziehen, sei es der Mitteilung einer heiklen Diagnose aus dem Weg zu gehen. In analoger Weise ist Patientenverhalten reaktiv auf das Verhalten der ÄrztInnen bezogen, mit anderen Worten davon abhängig, so dass es für PatientInnen ungleich schwieriger ist bzw. sie sehr stark von der Bereitschaft der jeweils gesprächsführenden ÄrztInnen abhängig sind, wieweit sie sich aktiv an der Entwicklung eines Gespräches beteiligen oder ein Thema oder Anliegen relevant setzen können, das nicht unmittelbar mit den Gesprächsplänen der ÄrztInnen übereinstimmt.

Diese institutionellen Zuordnungen gehen auch mit der Zuordnung von unterschiedlichen Wissensbeständen einher: Aufgrund vielfältiger sozialisatorischer Prozesse haben AgentInnen und KlientInnen ein so genanntes *Aktantenwissen* (Ehlich/ Rehbein 1980) erworben, z.B. über diverse Kommunikationsabläufe, das ihr Handeln unmittelbar leitet, das aber nicht für alle AktantInnen gleich ist bzw. nicht in gleichem Ausmaß vorausgesetzt werden kann. In diesen unterschiedlichen Wissensbeständen von ÄrztInnen und PatientInnen über die Routineabläufe von Gesprächen und Untersuchungen liegt ein beträchtliches Potenzial sowohl für Störungen und Missverständnisse als auch für ärztliche Machtausübung (vgl. z.B. Wodak/ Lalouschek 1997): Der Erwerb des Routinewissens ist bei ÄrztInnen Teil ihres professionellen Wissens, bei PatientInnen üblicherweise Teil ihres Erfahrungswissens. Dieses Routinewissen bedingt, dass ÄrztInnen Gespräche und Untersuchungen nach einem vorbestimmten Ablaufschema durchführen und erwarten, dass PatientInnen sich diesem Ablauf fügen, auch wenn (oder obwohl) sie ihn nicht durchschauen. Die diskursanalytische Forschung zeigt, dass PatientInnen die Relevanz und der thematische Zusammenhang von ärztlichen Fragen und Anordnungen aufgrund des mangelnden Routinewissens häufig nicht klar ist, die ÄrztInnen dadurch automatisch die Kontrolle über die Steuerung des Gesprächsverlaufes erhalten. So können PatientInnen zum einen schwer einschätzen, welche Informationen und in welchem Ausmaß von ihnen erwartet werden, zum anderen können sie sich an der Gestaltung des Gesprächsverlaufs kaum aktiv beteiligen. In allen Untersuchungen zeigt sich eine mangelnde Bereitschaft der ÄrztInnen, PatientInnen über Abläufe zu informieren und ihnen gerade bei Spezialuntersuchungen, in denen Routinewissen kaum vorausgesetzt werden kann, gewisse Orientierungshilfen zu geben. In organisatorisch komplexen Situationen, in denen mehrere ÄrztInnen und weiteres medizinisches und pflegerisches Personal zusammenarbeiten, verstärkt sich diese Diskrepanz zu Ungunsten der PatientInnen deutlich (Menz, Lalouschek, Gstettner 2008).

Was die *Rollenerwartungen an Ärzte und Patienten* betrifft, sind speziell schulmedizinische Ärzte einer wissenschaftlichen-objektiven und emotional neutralen Haltung den Patienten und dem Krankheitsgeschehen gegenüber verpflichtet. Die Ausrichtung an Werten wie medizinisches Expertenwissen und Hierarchie fördert dominantes Expertenverhalten und einseitige Entscheidungsfindung. Den Kranken obliegt es – in komplementärer Weise –, sobald sie eine körperliche Fehlfunktion erkennen, sich ohne Verzögerung und in vollem Vertrauen auf Behandelbarkeit dem medizinischen System zu übergeben und allen weiteren ärztlichen Anord-

nungen in einer gleichermaßen aufgeklärten wie gefügigen Haltung Folge zu leisten (Balint 1964).

1.2.2 Konsequenzen der institutionellen Geformtheit ärztlicher Kommunikation

Im Kern ist und bleibt die Arzt-Patient-Beziehung aufgrund des grundlegenden Kompetenzunterschiedes und der Rollenzuschreibungen also asymmetrisch, trotz des vielfältigen Wandels, dem sie in den letzten 20 Jahren unterworfen ist. Das bedeutet, dass alle realisierbaren ärztlichen Beziehungsmuster – ob paternalistisch, dienstleistungsorientiert oder partnerschaftlich (Koerfer/ Obliers / Köhle 2005, Schweickhardt/ Fritzsche 2007) – institutionell geformt sind, auch wenn sie jeweils unterschiedlichen medizinischen Konzepten entstammen und mit unterschiedlichen Rollendefinitionen, diagnostisch-therapeutischen Vorgehensweisen und kommunikativen Verfahren zu ihrer Umsetzung einhergehen: Eine paternalistische Beziehungsform fördert direktives ärztliches Verhalten, Patientenbeteiligung ist im Wesentlichen auf die Befolgung der Behandlungsmaßnahmen reduziert (zur Problematik des Konzepts von (*non-*)*compliance* s. Petermann 1998); eine dienstleistungsorientierte Beziehungsform ermöglicht es den PatientInnen als Kundinnen der ÄrztInnen, informierte Entscheidungen anhand der zur Verfügung gestellten Informationen zu treffen (*informed choice*); die partnerschaftliche Beziehungsform fördert den kooperativen Austausch, aktive, selbst- und mitverantwortliche Patientenbeteiligung wird motiviert. Die institutionell vorgeformte und hierarchisch ausgerichtete Konstellation bleibt immer bestehen.

Demgemäß müssen alle Vorschläge für Veränderungen ärztlicher Gesprächsführung die institutionelle Geformtheit als Grundbedingung mitbedenken, nicht als unveränderbare Größe, aber als im Kern unhintergebar (s. Lalouschek 2005a, Kap. 3 und die dortigen Ausführungen zur institutionellen Geformtheit ärztlicher Gesprächsführung in der patientenzentrierten und homöopathischen Medizin sowie Lalouschek 2005b). Ebenso muss ein Teil der kommunikativen Kompetenz von Ärztinnen auch Reflexionskompetenz in Bezug auf die institutionelle Bedingtheit ihres sprachlichen Handelns beinhalten.

1.2.3 Das Arzt-Patienten-Gespräch als Experten-Laien-Kommunikation

Ein ärztliches Gespräch, speziell eines, in dem es um Information und Therapieaushandlungen geht, ist auch unter dem Gesichtspunkt der Experten-Laien-Kommunikation zu beurteilen. Nach Brünner (1999, 2005) ist Experten-Laien-Kommunikation allgemein dadurch charakterisiert, dass die beiden Aktantengruppen über differierende Wissensbestände verfügen und in der Kommunikation ein *Wissenstransfer* stattfindet. ExpertInnen verfügen über professionelles und/oder wissenschaftliches Wissen, LaiInnen über nicht-professionelles Alltagswissen. In der Experten-Laien-Kommunikation werden die differierenden Wissensbestände verbalisiert, mental und interaktiv bearbeitet und teilweise ausgeglichen (Brünner/ Gülich 2002, 20). Dieser Wissenstransfer läuft in beide Richtungen, also auch von den LaiInnen zu den ExpertInnen, z.B. im ärztlichen Gespräch: LaiInnen verfügen als Kranke über ein exklusives krankheitsbezogenes Erlebniswissen, das den medizinischen ExpertInnen nicht direkt zugänglich, für Diagnose und Therapie aber unerlässlich ist. Dieses so genannte *partikulare*

Erlebniswissen (Rehbein/ Löning 1995) ist besonders bedeutsam, denn zu ihm gehört die Erfahrung der körperlich-geistigen und Prozesse und Zustände, die das eigene Krankheitserleben ausmachen. Dies trifft auch für die *compliance*, die Mitarbeit von PatientInnen zu, die den beidseitigen Wissenstransfer zur Basis hat (Gülich 1999, Sarangi 2001)).

Für die medizinische Experten-Laien-Kommunikation unterscheiden Löning (1994) und Rehbein/ Löning (1995) beim Gebrauch von Krankheits- und Symptombezeichnungen semi-professionelle und pseudo-professionelle Kategorisierungen. *Semi-professionell* steht für die Verbalisierungen der ÄrztInnen gegenüber den PatientInnen, mit denen eine sprachliche Adaptation des professionellen Wissens für Laien geleistet wird (z.B. Nierenbeckenentzündung), *pseudo-professionell* sind krankheitsbezogene Verbalisierungen von Patienten in medizinischen Fachausdrücken, die medizinisches Wissen ohne professionelle Wissensbasis vortäuschen. Cicourel (1995) bezeichnet dieses Phänomen als *doctor's talk*. Besonders PatientInnen mit chronischen Erkrankungen und/oder vielfältigen Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen verfügen oft über ein beträchtliches semi-professionelles Wissen – aus ärztlichen Gesprächen, Ratgebern, Informationssendungen, Selbsthilfegruppen und zunehmend aus dem Internet. Dieses ist jedoch typischerweise selektiv auf das jeweilige relevante Beschwerdebild bezogen, fragmentiert und besitzt nicht die interne Vernetztheit und Komplexität des professionellen Expertenwissens.

Der angesprochene wechselseitige Wissenstransfer geht in der patientenzentrierten Medizin noch einen ganzen Schritt über die Krankheitsdarstellung selbst hinaus. Koerfer/ Köhle/ Obliers (1994, 65f) machen deutlich, dass das Therapieziel ärztlicher Kommunikation, die Wiederherstellung der Autonomie eines Patienten/einer Patientin, nur über eine von beiden Seiten tatsächlich geteilte Überzeugung erreicht werden kann, was das Beste für ihn oder sie sei. Dieses Ziel macht einen, die gesamte Behandlung dauernden, zirkulären Prozess von aufeinander aufbauenden Informationsschleifen erforderlich, in dessen Verlauf sich beide PartnerInnen, ÄrztInnen und PatientInnen, wechselseitig als ExpertInnen benutzen. Diese Expertenrollen verweisen auf je spezifische Symmetrie- und Asymmetrieverhältnisse, insofern beide InteraktionspartnerInnen gleichermaßen Wissende und zugleich Nicht-Wissende sind und dies wiederum in Bezug auf verschiedene individuelle bzw. professionelle Wissensbestände, für die sie sich bis zu einem gewissen Grad erst wechselseitig kompetent machen müssen. Diese Überlegungen zeigen auch, dass die Unterscheidung ExpertInnen und LaiInnen in Bezug auf Kompetenzunterschiede nur eine grobe Orientierung bietet (Gülich 1999).

1.3 Gesprächstypen, Gesprächspläne von ÄrztInnen und Anliegen von PatientInnen

1.3.1 Institutionelle Gesprächszwecke und Kooperativitätserwartungen an PatientInnen

Gesprächspläne von ÄrztInnen sind eng mit dem institutionellen und fachlichen Zweck des jeweiligen Gesprächs mit PatientInnen verknüpft, also mit seiner Funktion im Rahmen des institutionellen Ablaufs und der medizinischen Behandlung, sei es ein Erstgespräch mit Befunderhebung, eine Nachkontrolle und Diagnosemitteilung im Laufe einer bestehenden Behandlung, eine routinemäßige Visite oder eine Spezialuntersuchung. Dazu sind Gesprächsplä-

ne von ÄrztInnen durch das Beziehungs- und Behandlungsmodell geprägt, das sie vertreten – also z.B. paternalistisch, akutmedizinisch, schulmedizinisch, partnerschaftlich, ganzheitsmedizinisch etc. Das jeweilige Modell formt jeweils spezifische Rollenzuschreibungen an das ärztliche Tun und Rollenerwartungen an PatientInnen bezüglich ihres Verhaltens in der ärztlichen Konsultation, ihrer Mitarbeit etc.

PatientInnen sind – im Sinne von Personen, die eine Behandlung benötigen und sich dem professionellen Tun eines Behandlers unterziehen – auf eine primär reaktive Rollenausgestaltung festgelegt. Dahin gehen auch die Erwartungen der ÄrztInnen: PatientInnen sollen über ein gewisses Maß an "Informiertheit" bzw. über Wissen über ihre Erkrankung, die Organisation und den Ablauf in Krankenhäusern verfügen, sowie über eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur verfügen, also z. B. eine Bereitschaft zur Mitarbeit bei Untersuchungen und bei der Befolgung therapeutischen Maßnahmen (*compliance*), aber auch eine ausgeprägte Kooperationsbereitschaft in der für sie oft nicht durchschaubaren organisatorischen Geregeltheit der Institution – also sich anmelden, warten, auf bestimmte Abteilungen gehen, Fragen nach aktuellen und früheren Befunde auf Verlangen mehrfach beantworten, das Personal nicht durch Ungeduld unter Druck setzen und sich den Gesprächszwecken und Gesprächsplänen der ÄrztInnen fügen. Diese Rollenzuschreibung und Rollenerwartung ist ein häufig für selbstverständlich genommener oder nicht hinterfragter Erwartungshintergrund, der noch aus einem paternalistischen Beziehungsmodell stammt, das die Erfordernisse des Medizinsystems und der Institution und ihr reibungsloses Funktionieren vor die individuellen Bedürfnisse kranker Menschen stellt.

1.3.2 Anliegen von PatientInnen (*chief complaint*)

Aber nicht nur die ÄrztInnen haben Gesprächspläne, auch die PatientInnen. Deren Pläne orientieren sich zum einen an ihren generalisierten Erwartungen, die sie an "typisches" ärztliches Handeln haben und die zumeist aus ihren bisherigen Erfahrungen mit ärztlichen Konsultationen stammen. Zum anderen sind ihre Gesprächspläne individuell und lokal durch ihre Person und das Krankheitserleben geformt und durch das spezielle Anliegen, das ausschlaggebend für die medizinische Konsultation ist – sei es medizinische Abklärung oder Beruhigung für ein aktuelles Erkrankungsgeschehen zu finden, sei es einem routinemäßigen Kontrolltermin nachzukommen, sei es eine Veränderung im Behandlungsplan zu erwirken, sei es eine "zweite Meinung" einzuholen.

Dieses Anliegen, das ausschlaggebend für die ärztliche Konsultation ist, wird üblicherweise unter dem Begriff *chief complaint* (auch *primary concern*, Anderson/ Funell 2005 oder *agenda of patients*, Charles/ Gafni/ Whelan 2000) gefasst. Allerdings sind Definitionen und Bedeutungsumfang nicht einheitlich. So steht *chief complaint*² z.B. für das Hauptsymptom im engeren medizinischen Sinne, also das primäre Symptom, das PatientInnen als Grund für ihre Beschwerden angeben ("the primary symptom that a patient states as the reason for seeking medical care (Medial Dictionary database)"). *Chief complaint* kann aber auch für das Haupt-

² Zur Differenzierung der Begriffsverwendung in der Literatur verwende ich hier den englischen Begriff *chief complaint*, im Weiteren aber den deutschen Begriff Patientenanliegen bzw. Anliegen.

anliegen für den Arztbesuch stehen, das ja nicht notwendigerweise auf ein körperliches Symptom beschränkt ein muss. Hierbei wird gerade in patientenorientierten medizinischen Zugängen zwischen Hauptsymptom (*chief complaint*) und aktueller Krankheitsgeschichte (*history of present illness*) unterschieden (Sapira 1990, Ehrlich 2002, Bayoumi/ Bravata 1998): *Chief complaint* ist die Angabe des Hauptgrundes, der den Patienten zum Arztbesuch geführt hat, oft in den eigenen Worten formuliert. Dieses *chief complaint* kann ein Schmerz, ein Befindlichkeitssymptom wie Müdigkeit sein, eine beunruhigende körperliche Veränderung wie etwa ein Taubheitsgefühl in den Fingern oder ein psychiatrisches Symptom wie Depression oder Angstzustände. An die Formulierung des *chief complaints* schließt sich die Erhebung der *History of Present Illness* an, also die ausführliche Erfassung und Vertiefung des *chief complaints*, mit dem Ziel, ein kohärentes, umfassendes Bild der Entwicklung des *chief complaints* zu erhalten und die Chronologie der Symptomentwicklung mit den Lebensumständen zu verbinden.

Wichtig ist, dass in diesem patientenorientierten Zugang betont wird, dass dieses *chief complaint* nicht notwendigerweise identisch sein muss mit dem ersten Statement der PatientInnen, sondern auch später auftreten kann. Außerdem kann es auf verschiedenen Ebenen liegen, d.h. das Hauptanliegen der PatientInnen muss nicht unbedingt ein physisches bzw. organisches Problem sein, sondern kann sich auch auf Probleme in dem sozialen oder persönlichen Umfeld beziehen. Wenig Aufmerksamkeit wird nach wie vor darauf gelegt, dass die Motivation für den Arztbesuch auch außerhalb des aktuellen Krankheitsgeschehens liegen kann, was aber gerade bei der Behandlung von chronisch Kranken relevant werden kann, die etwa eine Beratung zu ihrer Medikation haben wollen, ihre Therapie verändern wollen, einen anderen Spezialisten suchen etc.

Barry et al. (2000) fokussierten in ihrer Untersuchung zu den unausgesprochenen Teilen von Patientenangelegenheiten auf deren Komplexität und Facettenreichtum. Es stellte sich heraus, dass von 35 PatientInnen in der ärztlichen Konsultation nur 4 PatientInnen alle ihre Anliegen äußerten. Am ehesten betraf dies "übliche" Anliegen zu Symptomen und Fragen zu Diagnosen und Medikamentenverschreibungen, am seltensten "heikle" Anliegen wie Sorgen zu möglichen Diagnosen, zu Zukunftsaussichten, zu Nebenwirkungen, zur Absetzung von ungewollten Medikamenten oder zu psychosozialen Kontexten ganz allgemein (Barry et al. 2002, 1246). Dies führt zu Missverständnissen, ungewollten medikamentösen Verschreibungen und mangelnder Befolgung der therapeutischen Empfehlungen, mit einem Wort ineffektiven ärztlichen Konsultationen. Auch Charles/ Gafni/ Whelan (2000) weisen darauf hin, dass das Nicht-Beachten der *chief complaints* der PatientInnen üblicherweise zu unerwünschten Verschreibungen und damit mangelnder Mitarbeit der PatientInnen führt ("unvoiced agenda items led to specific problems such as unwanted prescriptions and non-adherence (Charles/ Gafni/ Whelan 2000)". Ähnliche Ergebnisse werden uns bei den Analysen des erhobenen Datematerials wiederbegegnen (s. Abschnitt 2.).

Diese Darstellung macht deutlich, dass manche Gesprächspläne von ÄrztInnen und PatientInnen besser zusammenspielen als andere: ein ärztlicher Gesprächsplan einer reinen Befunderhebung passt gut mit einer Patientenerwartung einer raschen Routinekontrolle zusammen, aber nicht mit dem Bedürfnis eines Patienten, eine Therapieveränderung zu erwirken.

Wie schon ausgeführt, sind PatientInnen bei der Durchsetzung ihrer Gesprächspläne und Anliegen von der Bereitschaft der ÄrztInnen abhängig, da sie in der Institution Krankenhaus nicht mit den gleichen interaktiven Rechten und Möglichkeiten ausgestattet sind und nicht über die gleichen Wissensbestände über die institutionellen Abläufe verfügen wie die ÄrztInnen. Um einen Gesprächsplan erfolgreich durchzusetzen und sein Anliegen relevant zu halten, muss man über eine ausreichende Orientierung über den Zweck der Gesprächssituation und die Funktion und Entscheidungsposition der Person verfügen. ÄrztInnen verfügen als Insider der Institution ganz selbstverständlich über diese Orientierungen, die die Verläufe für sie transparent halten und sie handlungsfähig machen. PatientInnen aber sind von expliziten Orientierungshinweisen der ÄrztInnen abhängig, um Transparenz über die Situationen zu bekommen, so dass sie ihre Interessen angemessen durchsetzen können.

1.3.3 Gesprächstypen: Erstgespräch, Kontrollgespräch und die Anliegen von PatientInnen

Das Datenmaterial, das für die vorliegende Studie erhoben worden ist, setzt sich zusammen aus ärztlichen Gesprächen auf einer Kopfschmerzambulanz und einer Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Interviews mit einigen ausgewählten PatientInnen und ÄrztInnen. Bei den ärztlichen Gesprächen handelt es sich um Gesprächsereignisse, die von Seiten der Institution bzw. der ÄrztInnen als "Erstgespräche" bzw. als "Kontrollgespräche" klassifiziert werden.

Ein "Erstgespräch" zeichnet sich dadurch aus, dass ein Patient/eine Patientin das erste Mal in Kontakt mit der entsprechenden Teilinstitution tritt, in unserem Datenmaterial v.a. die Kopfschmerzambulanz. Die Aufgaben der gesprächsführenden ÄrztInnen bestehen demgemäß darin, den Patienten/die Patientin "institutionell kennenzulernen", d.h. die bisherige Krankengeschichte zu erheben, soweit sie für das jeweilige zu behandelnde Schmerzgeschehen relevant ist, die bisherigen Medikationen zu erfassen und aufgrund dieser Informationen erste therapeutische Schritte zu setzen. Das Erstgespräch setzt somit den Beginn einer Behandlung, deren Verlauf nachfolgend durch eine Reihe von Kontrollgesprächen begleitet, verändert, optimiert werden soll.

Entsprechend dieser Definition richten ÄrztInnen im Erstgespräch ihre Gesprächsführung darauf aus, medizinische Fakten zu erheben, das Schmerzgeschehen für eine adäquate Diagnose gemeinsam mit den PatientInnen zu klären und zu differenzieren (s. Kapitel **Sator** zur Aufgabe der Schmerzdifferenzierung) und erste therapeutische Schritte festzulegen. Diese deutliche institutionelle Vordefinition legt eine Rollenverteilung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen fest, die stark an einer traditionellen Experten-Laien-Perspektive orientiert ist, die die ÄrztInnen in ihrer Gesprächsführung aktiv und prominent werden lässt und die PatientInnen in eine stärker passiv-erfüllende als gestaltende Position bringt.

Die Gesprächsführung der ÄrztInnen beim Gesprächstyp "Erstgespräch" ist nicht primär auf die Aushandlung oder Bearbeitung von Entscheidungen ausgerichtet, schon gar nicht gleich zu Beginn eines solchen Gespräches. Dennoch zeigt sich bei genauerer Analyse, dass es praktisch in allen Gesprächen, vor allem aber auch in den Erstgesprächen auch um Abwägungen und Entscheidungen zu Medikationen oder anderen therapeutischen Maßnahmen geht. Diese

Funktion nimmt häufig einen großen Teil des Gesprächs ein, erfolgt von der institutionellen Kategorisierung aber verdeckt oder implizit. Besonders interessant dabei ist, dass diese Thematik sehr häufig von den PatientInnen in Form eines Anliegens eingeführt wird und nicht unbedingt von den ÄrztInnen geplant wird.

PatientInnen, die schon langjährige SchmerzpatientInnen sind, geraten durch eine solche institutionelle Vordefinition beim Erstkontakt mit einer dieser Spezialambulanzen in eine paradoxe Situation: Sie treten zwar das erste Mal mit der Institution und den jeweiligen behandelnden ÄrztInnen in Kontakt, insofern befinden sie sich in der Tat in einem Erstgespräch, sie erwarten aber üblicherweise nicht ein Erstgespräch im Sinne einer Erstbehandlung, sondern so etwas wie ein Beratungsgespräch mit einem Experten bzw. einer Expertin, in dem sie mit ihren vielfältigen Erfahrungen und spezifischen Vorstellungen und Erwartungen wahrgenommen und eingebunden werden. Diese PatientInnen haben oft ganz spezifische Anliegen, Vorstellungen oder Erwartungen, die sie dazu bewogen haben, sich im Rahmen ihres langjährigen Krankheitsgeschehens speziell dieser Institution und dieser Spezialambulanz zuwenden, sei es, dass sie mit ihrer bisherigen medizinischen Betreuung nicht mehr zufrieden sind, sei es, dass sie ihre oft langjährige medikamentöse Therapie verändern, eventuell ganz aufgeben und durch nicht medikamentöse Behandlungen ersetzen wollen. Ihre Erwartungen können auch mit der Diagnostik ihrer Erkrankung zu tun haben, aber eher im Sinne einer "zweiten Meinung" bei bisheriger unklarer Diagnose oder wechselnder Beschwerden als im engeren Sinne einer Erstdiagnose. Möglicherweise erwarten sie auch so etwas wie eine Dienstleistung einer Spezialambulanz, die über die bisherige Behandlung bei ihren FachärztInnen hinausgeht.

Bei diesen erfahrenen PatientInnen mit spezifischen Anliegen gehen die engen Rahmenbedingungen und Rollenzuschreibungen eines Erstgesprächs deutlich an ihren Erwartungen und Bedürfnissen vorbei. D.h., Personen aus dieser PatientInnen-Gruppe verfügen zwar häufig über ein breites und vielfächertes Erfahrungsspektrum mit ärztlichen Behandlungen, in Bezug auf die jeweilige Ambulanz sind sie jedoch ErstpatientInnen, also Personen, die mit der speziellen Institution und den dort tätigen ÄrztInnen noch keine Erfahrungen haben und die die genauen Regularitäten und ihre Spielräume nicht kennen. Damit befinden sie sich in einer ungünstigen Position, was das aktive Durchsetzen ihrer Anliegen betrifft, vor allem, wenn sie im Lauf des Gesprächs merken, dass die ärztliche Gesprächsführung in eine etwas andere als von ihnen erwartete Richtung geht. Die Durchsetzung eines Anliegens gelingt ja umso leichter und erfolgsversprechender, je besser man die jeweiligen ÄrztInnen und die expliziten und impliziten Regeln der Institution kennt (siehe auch die Analyse des Gesprächs mit einer erfahrenen Patientin JSW in Abschnitt 2.3.).

Etwas anders gelagert ist daher die Situation bei den so genannten "Kontrollgesprächen", vor allem auf der Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Im Prinzip geht es bei diesem Gesprächstyp um die begleitende Kontrolle der Krankheitsentwicklung, um die Wirksamkeit festgesetzter therapeutischer Maßnahmen, um die Entscheidung zur Beibehaltung oder Modifikation der Maßnahmen oder um die Feststellung der Beendigung der Therapie. Eine Problematik der institutionellen Kategorisierung "Kontrollgespräch" ist, dass damit ein Pool an ziemlich heterogenen Gesprächsereignissen umfasst wird, denen eigentlich nur ge-

meinsam ist, dass es "andere als Erstgespräche" sind. So fallen in die Gruppe "Kontrollgespräche" z.B. auch Gesprächstypen wie "Abschlussgespräche" am Ende einer Serie von ambulanten Behandlungen, die eine ganz andere Funktion haben als Gespräche, die eine Behandlung begleiten und die ganz anderer kommunikativer Gestaltungselemente bedürfen. Die ÄrztInnen scheinen ihre Gesprächsführung bzw. ihre Haltung, mit der sie in die unterschiedlichen Gesprächsereignisse hineingehen, nicht an die unterschiedlichen Gesprächsfunktionen anzupassen, sie machen sie auch den PatientInnen gegenüber nicht explizit, so dass zu vermuten ist, dass ihnen diese Unterschiede nicht bewusst sind.

Eine zweite Problematik des Begriffs "Kontrollgespräch" ist, dass diese Bezeichnung sehr deutlich die Aufgabe der ärztlichen Kontrolle der Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen impliziert, nicht so sehr die Funktion einer gemeinsamen Beratung, wie es etwa durch eine Bezeichnung wie "Beratungsgespräch" bewirkt würde. Der Begriff "Kontrolle" setzt eine strenger hierarchisch vorgeformte Rollenverteilung zwischen den ÄrztInnen und PatientInnen fest als ein Begriff wie "Beratung" und engt das Spektrum der möglichen sprachlichen Handlungen und ihre Abläufe naturgemäß ein. Diese enge Konzeptualisierung von Gesprächen mit PatientInnen als Gelegenheiten um Behandlungsinstruktionen zu verstärken wird in der aktuellen Forschung zunehmend kritisch betrachtet (Bissell/ May/ Noyce 2004).

Für PatientInnen ist ein "Kontrollgespräch" im Rahmen ihres Behandlungsverlaufes – vergleichbar mit der Visite im Rahmen eines stationären Aufenthalts (Bliesener 1980, Koerfer/ Obliers/ Köhle 2005) – im Grunde *der* Moment, an dem sie ihre Anliegen und Wünsche einbringen können, so etwa auch Bedürfnisse nach Aufklärung, Information, Veränderung der gesetzten therapeutischen Maßnahmen, Einbindung in Entscheidungen etc. Aufgrund der wenig förderlichen Bezeichnung und der mangelnden Explizitheit seitens der ÄrztInnen ist anzunehmen, dass PatientInnen vor allem bei ihren ersten Kontrollgesprächen nicht wissen, wie viel an Informationsmitteilung und Entscheidungsmöglichkeiten sie erwarten und ggfs. einfordern dürfen. Die behandelnden ÄrztInnen wiederum können nicht vorhersehen, ob, und wenn ja, mit welchen über die Überprüfung von therapeutischen Maßnahmen hinausgehenden Anliegen oder Erwartungen ein Patient in ein Kontrollgespräch eintritt, ob er diese explizit macht und ob sich diese mit ihren eigenen Erwartungen an den üblichen Ablauf eines "Kontrollgesprächs" decken. Und so hängt es von ihrem Willen, ihrem Geschick und ihrer professionellen Erfahrung ab, wie ermöglichend oder kontrollierend sie in der Gesprächsführung damit umgehen.

Es wird deutlich, dass "Kontrollgespräche" im Grunde ziemlich unkalkulierbare Gesprächsereignisse sein können bzw. Gesprächsereignisse, auf das man sich schlecht vorbereiten kann – sowohl als Arzt wie als Patient. Dies geht auf Kosten der PatientInnen, die sich auf konkrete Bedingungen einstellen können müssen, um ihre Anliegen angemessen und erfolgreich präsentieren zu können. Dies geht aber auch auf Kosten der Gesprächsqualität, denn erfahrungsgemäß führt ein schlecht kalkulierbares, unklares Gesprächsereignis zu einem rigideren Gesprächsverhalten der Institutionsinsider um die Ablaufkontrolle zu behalten (Lalouschek/ Menz/ Wodak 1990).

1.3.4 Entscheidungs- und Beratungstätigkeit als verborgene Qualität ärztlicher Gespräche

Diese Überlegungen (und die in Abschnitt 2. durchgeführten Analysen des Datenmaterials) zeigen, wie prominent und vielfältig Aspekte von Entscheidungsbearbeitung, Entscheidungsfindung und Formen von Beratung und Informationsgabe in ärztlichen Gesprächen vorhanden sind, auch wenn deren eigentliche Funktion – wie auf diesen Ambulanzen – Symptomerhebung oder Therapiekontrolle zu sein scheint. D.h., auch wenn die ÄrztInnen ursprünglich kein Entscheidungs- oder Beratungsgespräch im engeren Sinn intendiert hatten, können sich solche Aufgaben gesprächsweise über ein Thema, eine Nachfrage oder eine nötige Information ergeben oder dadurch, dass PatientInnen mit einem Wunsch nach Entscheidung oder Beratung in die ärztliche Konsultation kommen. Diese Aufgaben können sich an allen möglichen Punkten in jedem ärztlichen Gespräch stellen, so dass Informations-, Entscheidungs- und Beratungstätigkeit als eine ständig begleitende Qualität ärztlicher Gesprächsführung wahrgenommen werden muss. Diese Überlegungen werden von Ford/ Schofield/ Hope (2006) in ihrer Untersuchung von medikamentösen Entscheidungen in ärztlichen Konsultationen unterstützt:

"There are many decisions made in primary care consultations, in addition to those about medical treatments, in which patients could be involved to a greater extent than they currently are (Ford/ Schofield/ Hope 2006)."

Vergleichbar argumentieren Schweickhardt/ Fritzsche (2007, 113), dass der größte Teil der Interaktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen nach der Anamnese instruktiven Handlungen diene, wie diese die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen umsetzen könnten, also z.B. die Einnahme von Medikamenten und die Wahrnehmung von Röntgen- und Laboruntersuchungen oder Terminen mit weiteren FachärztInnen etc.

Problematisch wird es, und zwar sowohl auf der Ebene der Gesprächsführung wie auf der Ebene der Behandlungsqualität, wenn ein solcher Beratungswunsch von Seiten der PatientInnen nicht mit einer entsprechenden Beratungsintention von Seiten der ÄrztInnen zusammenfällt, sondern wenn diese andere Gesprächspläne haben, wie etwa eine diagnostisch motivierte Schmerzdifferenzierung, die Erhebung einer Anamnese oder die Durchführung einer Therapiekontrolle. Wie das Datenmaterial nahelegt, ist eine solche Konstellation wesentlich häufiger ist als üblicherweise angenommen. Sie scheint besonders häufig im Kontakt mit chronisch kranken PatientInnen aufzutreten und vermutlich auch verstärkt in Spezialeinrichtungen, die von diesen erfahrenen PatientInnen aus ganz bestimmten Gründen wie z.B. wegen der Veränderung einer bestehenden medikamentösen Therapie oder anderen Fragen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung bzw. dem Krankheitsmanagement aufgesucht werden.

Ein weiteres Problem erwächst aus der schon erwähnten Tatsache, dass PatientInnen aufgrund ihrer schwierigen institutionellen Rollenzuschreibung und mangelnden Erfahrung mit diesen speziellen Teilinstitutionen ihre diesbezüglichen Anliegen den ÄrztInnen gegenüber nicht gleich zu Beginn des Gesprächs explizit machen bzw. sie konsequent durchsetzen. PatientInnen tendieren typischerweise zu Andeutungen und indirekten Markierungen der für sie relevanten Aspekte (vgl. "Relevanzmarkierungen", Sator 2003) und verbleiben in der Interaktion in einer reaktiv-abwartenden Position, und dies ganz besonders bei Anliegen, die sie für schwierig oder heikel halten. Solche "heiklen" Anliegen sind z.B. die Abwägung eines Therapieabbruchs, die Einforderung einer speziellen therapeutischen Maßnahme oder die Bespre-

chung von Beunruhigungen wegen Diagnose oder Krankheitsverlauf, also Anliegen mit potenziell problematischen oder behandlungskritischen Themen. Wenn ÄrztInnen auf diese Anliegenandsdeutungen nicht eingehen, sie übergehen und sie nicht thematisch werden lassen, tendieren PatientInnen dazu, sie im Verlauf des Gesprächs geeigneten und ungeeigneten Stellen immer wieder einzubringen. So begleitet die Qualität der Entscheidungsbearbeitung die Gespräche zwar mehr oder weniger ständig, aber auch mehr oder weniger verborgen und mehr oder weniger funktional. Denn die Formulierung eines Anliegens an einer gesprächs-technisch ungünstigen Stelle kann leicht zu Kommunikationsstörungen führen oder dazu, dass ÄrztInnen die Thematisierungsversuche fälschlicherweise als Unterbrechungen oder unkontrollierte Redebeiträge klassifizieren und ihre eigene Gesprächsführung zu straffen beginnen (ausführlich in Lalouschek 2002bd). D.h., auch die Versuche der Durchsetzung eines solchen Anliegens gegen einen konkurrierenden ärztlichen Gesprächsplan können einen beträchtlichen Anteil der tatsächlichen Gesprächszeit ausmachen, ohne dass diese Versuche erfolgreich verlaufen müssen. Diese Faktoren verkomplizieren die faktischen Gesprächsverläufe, machen sie für ÄrztInnen wie PatientInnen intransparent und zeitlich wie inhaltlich wenig absehbar, sie geben aber auch den Anliegen und Bedürfnissen der PatientInnen einen prekären Stellenwert.

In der Literatur zu ärztlichen Beratungs- und Entscheidungsgesprächen und entsprechenden Ausbildungsbroschüren und -programmen wird auf diese Tatsache der verdeckten Entscheidungs- und Beratungsbearbeitung wenig Rücksicht genommen. Der Standardfall, von dem ausgegangen wird, ist, dass die Beratungs- oder Entscheidungsaufgabe intentional und explizit von den gesprächsführenden ÄrztInnen ausgeht, und dass es entsprechende Schritte oder Stufen gibt, nach denen solche Gespräche dann erfolgreich abzuarbeiten seien (Schweickhardt/ Fritzsche 2007, Elwyn 2001, Elwyn/ Edwards/ Rhydderch 2005, Härter/ Loh/ Spies 2005, 6f und Stewart et al. 1995 in Scheibler/ Pfaff 2003, 66, Koerfer/ Obliers/ Köhle 2005, 139ff). Einen komplementären Spezialfall dazu bildet das ärztliche Gespräch als Dienstleistungsgespräch, in dem PatientInnen als KundInnen von den ÄrztInnen Beratungen oder Informationen als Entscheidungshilfen einfordern. Auch hier handelt es sich um Rahmenbedingungen, die für beide GesprächspartnerInnen von Anfang an explizit sind und auf die sich sie von Anfang an in ihrem Rollenhandeln (KundInnen – DienstleisterInnen) und in den entsprechenden Gesprächsschritten einstellen (Koerfer/ Obliers/ Koehle 2005).

1.4 Medizin für akute und chronische Erkrankungen: der große Unterschied

Da das Datenmaterial auf Gespräche mit chronischen Schmerzerkrankungen fokussiert, stellen sich folgender komplexer Aspekt als grundlegend für die vorliegende Studie heraus:

- Akutmedizinische Behandlung unterscheidet sich zentral von der Betreuung chronischer Erkrankungen,
- chronisch Kranke haben andere Anliegen, Bedürfnisse und Erwartungen an ein ärztliches Gespräch als akut oder selten Kranke,
- das ärztliche Gespräch und die Arzt-Patient-Beziehung bei der Behandlung chronisch Kranker verlangt spezifisch veränderte Rollenerwartungen, eine veränderte Art der Patientenbeteiligung und damit eine grundlegend veränderte ärztliche Gesprächsführung.

Aufgrund der relevanten demografischen und damit epidemiologischen Veränderungen der vergangenen Jahre gerät das Gesundheitswesen in eine herausfordernde Situation: Menschen werden immer älter und immer kränker, multiple chronische Erkrankungen nehmen rasant zu, neue Behandlungs- und Pflegeformen sind erforderlich. Unter diesen Einflüssen hat sich die Aufmerksamkeit der Medizin und der öffentlichen Gesundheitsförderung sukzessive weg von der Akutvorsorge zum Management chronischer Erkrankungen gewandt und Präventivmedizin und die Aufklärung über Gesundheitsrisiken und Früherkennung von Erkrankungen sind in den Vordergrund getreten (Haskett 2006).

Die kurative Medizin, die ihren besonderen Fokus auf körperliche Symptome und eine zielgenaue Diagnostik lenkt, gerät gerade bei chronischen Erkrankungen rasch an ihre therapeutischen und professionellen Grenzen: Die Erfahrungen mit der Akutvorsorge lassen sich nicht auf die Behandlung von chronischer Krankheit übertragen lassen (Charmaz 2000, Lalouschek 2005a, 17ff sowie Kapitel Lalouschek, Abschnitt 3.3.) und die Konfrontation mit chronisch Kranken ist immer auch eine Konfrontation mit einem "Nicht-Heilen-Können" (Helmich/Richter 2003). Effektive akute Behandlungsformen wie chirurgische Eingriffe und die zügige Befreiung von Beschwerden stehen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzinsuffizienz oder anderen degenerativen Symptomatiken gegenüber, die angemessenes Management erfordern, aber nicht Heilung, oder einem multiplen chronischen Krankheitsprozess bei immer älter und trotz aller Behandlung immer kränker werdenden Menschen, oder fortgeschrittenen Krebserkrankungen, die nur palliativ behandelt werden können, um Schmerzen zu lindern und die körperlichen Funktionen aufrecht zu erhalten (Gabe/ Bury/ Elston 2004, 77). Die Veränderung ärztlicher Tätigkeit bedeutet nicht nur eine zeitliche Ausweitung, sondern macht einen geradezu paradigmatischen Wechsel ärztlicher Tätigkeiten und Prinzipien erforderlich, und zwar eweg von der Behandlung hin zur Betreuung (Hartmann 1993), in der Kranke in einem effektiven Krankheitsmanagement professionell unterstützt werden, "the care is more important than the cure (Haskett 2006, 493)".

In der Arbeit mit erfahrenen PatientInnen verändert sich die traditionelle Experten-Laien-Verteilung, in der die ÄrztInnen als medizinische ExpertInnen das notwendige Fachwissen zur Verfügung stellen und die PatientInnen als medizinische Laien auf deren Expertise vertrauen (Anderson/ Funell 2005, 109). Beim Management von chronischen Erkrankungen, z.B. bei der Erstellung von Behandlungsplänen, ist die Expertise der PatientInnen wie die der behandelnden ÄrztInnen gleichermaßen relevant: Die Ärztinnen bzw. SpezialistInnen kennen das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten aus der fachlichen Perspektive, die PatientInnen sind ExpertInnen bezüglich ihres Lebens, ihrer Erkrankung und ihrer Auswirkungen und damit ExpertInnen bezüglich der Angemessenheit der unterschiedlichen Vorschläge und Möglichkeiten. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Gefäßerkrankungen oder chronische Schmerzkrankungen sind zu einem Großteil "self-managed illnesses", deren Management in der Verantwortung der PatientInnen liegt, d.h., dass diese neben der Inanspruchnahme von therapeutischen Maßnahmen selbständig auf eine symptom- und beschwerdenmindernde Lebensführung achten, Krankheitsauslöser vermeiden sollten, etc. Damit führt die Abkehr vom akutmedizinischen Zugang, die Fokussierung auf kompetente Begleitung statt auf Behandlung und die Anerkennung der gegenseitigen Expertise zu neuen Rollendefinitionen für die PatientInnen und die BehandlerInnen und BeraterInnen und zu neuen Kon-

zepten von Patientenbehandlung und -erziehung (Anderson/ Funell 2005, 3 sowie Abschnitt 1.1.).

Die Notwendigkeit eines veränderten medizinischen Umgangs mit Krankheit und der gezielten Einbindung der PatientInnen in die Behandlung und therapeutischen Entscheidungen wird in entsprechenden Untersuchungen deutlich: Belcher et al. (2006) zeigen, dass die Behandlung von älteren PatientInnen (über 65 Jahre) mit multiplen Erkrankungen, die komplexe Medikamentenentscheidungen erfordert, nur erfolgversprechend verlaufen kann, wenn die Beteiligung der PatientInnen ganz individuell nach Anzahl der verschiedenen Medikamente, Länge der bisherigen Behandlung und bisheriger Verschreibungspraxis abgestimmt wird. Müller et al. (2004) untersuchten den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung mit FibromyalgiepatientInnen: Fibromyalgie ist eine schwer managbare chronische Schmerzerkrankung, wodurch die Arzt-Patient-Beziehung häufig durch Frustration und Resignation auf beiden Seiten belastet wird. Es zeigte sich, dass die aktive und bewusste Einbindung der PatientInnen in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess, gefördert durch entsprechendes Kommunikationstraining für die ÄrztInnen, die Arzt-Patient-Beziehung deutlich verbesserte, es zeigte sich interessanterweise aber auch, dass v.a. fast 90% der ursprünglichen Therapieentscheidungen verändert wurden (vgl. auch Ergebnisse der Studien in Härter/ Loh/ Spies 2005, Bieber et al. 2005).

Wie sieht nun die spezielle Bedürfnisstruktur und Bedürfnisdynamik bei chronisch kranken aus? Eine chronische Erkrankung bewirkt eine spezielle Dynamik im Chronifizierungsprozess: die Erkrankung selbst, die Krankheitsakzeptanz, die Krankheitsbewältigung und biopsychosoziale Faktoren spielen bei diesen PatientInnen eine ungleich wichtigere Rolle als bei PatientInnen mit akuten Beschwerden (s. Kapitel Lalouschek 3.3.). Da chronische Krankheiten häufig einen heftigen und kritischen Einschnitt ins Leben und in die notwendigen Lebensstilveränderung eines Menschen bedeuten, ist die Selbsteinschätzung der PatientInnen für die Entwicklung von realistischen, angemessen und erfolgversprechenden Behandlungsplänen grundlegend. Ebenso bedeutsam für Behandlungsverlauf und Behandlungserfolg ist die persönliche Bedeutung der Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die jeweiligen Bereiche des Lebens und der Persönlichkeit. (zum damit zusammenhängende Problem der *compliance* bzw. *noncompliance* s. Anderson/ Funnell 2005, 110 sowie Abschnitt 2.1.).

Ein typischer Verlauf ist, dass PatientInnen in der akuten Phase ihrer Erkrankung die Verantwortung für die Behandlung und die entsprechenden therapeutischen Maßnahmen den ÄrztInnen bzw. den jeweiligen Profis wie PhysiotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen etc. überlassen. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung werden ihre Einstellung und Haltung dem Krankheitsgeschehen gegenüber, aber auch ihr Ängste und Sorgen oder ihre Kompetenzen und damit ihre Erwartungen an die Arzt-Patient-Beziehung starken Veränderungen unterworfen. Dies kann dazu führen, dass es ihnen zunehmend unangenehm wird, von ÄrztInnen kontrolliert zu werden in dem Ausmaß, in dem sie ihre Autonomie und Selbstbestimmung wiedererlangen und die kritische Periode der ersten Diagnose vorübergeht (Anderson & Funnell 2005, 17). Diese Dynamik des Chronifizierungsprozesses und ihr durchaus schwieriger Einfluss auf den Behandlungsverlauf, die Konfrontation der ÄrztInnen mit einem "Nicht-Heilen-Können und der Umgang der PatientInnen mit ärztlichen Vorschlägen und Beratungsangebo-

ten wird von ÄrztInnen häufig verkannt und mündet allzuoft in eine mangelnde Befolgung von Therapieplänen (*noncompliance*), häufigen Ärztewechsel und komplizierte und belastendere Krankheitsverläufe (May et al. 2004, Müller et al. 2004).

Chronisch Kranke bzw. im Speziellen chronisch kranke SchmerzpatientInnen sind PatientInnen, die oftmals über langjährige und vielfältige Erfahrungen mit ihrer Krankheit, ihren Schmerzen, ihrer Entwicklung und Veränderung, ihrem Management und mit der Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten haben. Ebenso vielfältig sind u. U. ihre guten wie schlechten Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, seien es stationäre Krankenhausaufenthalte, Operationen, wechselnde Behandlungen bei FachärztInnen etc., d.h. sie sind üblicherweise mit den Regularitäten der Institution, mit den unterschiedlichen Formen von ärztlichen Gesprächen und mit dem Umgang von und mit ÄrztInnen vertraut. Nicht zu unterschätzen ist, und das wird sich in einigen der Analysen auch zeigen, dass diese sehr erfahrenen PatientInnen Ärzte und ihr Gesprächsverhalten sehr schnell und sehr exakt in seiner Qualität und Angemessenheit für ihre Anliegen einschätzen können. Das bedeutet im besten Falle, dass PatientInnen bei mangelnder Unterstützung von Seiten des Arztes ihr Anliegen solange relevant setzen bis der Arzt/die Ärztin darauf eingeht (vgl. Analyse Gespräch JSW in 2.3.), das bedeutet im schlechtesten Falle, dass PatientInnen zu einem sehr frühen Zeitpunkt des Gesprächs auf "routinemäßige Kooperation" schalten, d.h., dass sie die ärztlichen Fragen ausreichend beantworten und die therapeutischen Verordnungen und Erklärungen zur Kenntnis nehmen, im Grunde aber passiv verharren bis die Konsultation ihr Ende gefunden hat (vgl. Analyse Gespräch IGW in 2.2.). Die Konsequenzen für eine motivierte Mitarbeit bei der Behandlung, für die Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen, für die Beachtung der ärztlichen Ratschläge und für die Weiterführung der Konsultationen durch die PatientInnen können sich nur erahnen lassen.

2 FALLSTUDIEN

WICHTIG zur Erinnerung:

Identisch überarbeitet bis Abschnitt 2. (29.3.), dann nur mehr im doc Publikation_UVRR, auch die Fallstudien

Unterschied zwischen Arbeitspapier und Publikation: nach der dritten Fallanalyse werden für die Publikation die Punkte nur mehr zusammengefasst

Notizen zu den einzelnen Gesprächen selbst bleiben in Arbeitspapier erhalten

2.1 Initiale Gesprächssequenz: Ärztliche Gesprächspläne und Patientenanliegen

Die bisherigen Ausführungen, aber auch die Analysen zur Schmerzdifferenzierung (Kapitel Sator) zeigen folgendes Bild:

Bei Erstgesprächen auf den Schmerzambulanzen sehen ÄrztInnen es als ihre Aufgabe, das Schmerzgeschehen in seiner gesamten Symptomatik differenzialdiagnostisch zu erfassen; dieser Gesprächsplan wird üblicherweise durch eine Aufforderung zur detaillierten Schmerzbeschreibung initiiert. Bei Kontrollgesprächen sehen ÄrztInnen es als ihre Aufgabe, die Wirksamkeit der bisherigen therapeutischen Maßnahmen zu überprüfen, Veränderungen in der Schmerzsymptomatik zu erheben, Beibehaltung oder Veränderungen der Therapie-maßnahmen zu entscheiden bzw. die Therapie für beendet zu erklären. Dieser Gesprächsplan wird üblicherweise durch eine Aufforderung zur Beschreibung des aktuellen Befindens relevant gesetzt.

Für PatientInnen scheint in vielen Fällen die Schmerzbeschreibung im engeren Sinne und die Schmerzdifferenzierung bzw. die Therapiekontrolle weniger wichtig zu sein als andere Anliegen, die sich in den Gesprächsanfängen in mehr oder weniger verdeckter Form ankündigen (*chief complaint*). Diese Anliegen werden zu Beginn der Konsultation, aber auch im weiteren Gesprächsverlauf oft nicht deutlich fassbar, sie treten explizit eventuell erst ganz am Ende des Gesprächs zu Tage oder erscheinen immer wieder in indirekter Form als Hinweise oder Nebenthemen über den gesamten Gesprächsverlauf und erzeugen ein gewisses Störpotenzial, das die Gesprächsqualität und den Eindruck der Zufriedenheit oder Kooperativität der PatientInnen deutlich senkt.

Die folgenden Analysen dienen dazu festzustellen,

- wie ÄrztInnen ihre Gesprächspläne um- und ggfs. durchsetzen,
- wie PatientInnen ihre Anliegen explizit oder implizit einbringen (und welche),
- wie Motivation zur Konsultation und Anliegen zusammenhängen

- wie die Gespräche verlaufen, wenn die Anliegen der PatientInnen den ärztlichen Gesprächsplänen entsprechen und wenn PatientInnen andere Anliegen haben als diese,
- und welche Bedingungen die Durchsetzung von Patientenanliegen fördern und welche sie unterbinden.

Eine zentrale Stelle im ärztlichen Gespräch ist die initiale Sequenz, bestehend aus der initialen Frage bzw. Erzählaufforderung der ÄrztInnen, der Antwort bzw. Darstellung der PatientInnen, die üblicherweise das Hauptanliegen (*chief complaint*) für den Arztbesuch enthält, v.a. wenn die Antwort ausführlich genug erfolgen kann, und die entsprechende interaktive Weiterführung seitens der ÄrztInnen, sei es entweder thematische Aufnahme, Vertiefung, Fokussierung, Quittierung oder Übergehen (Heritage/ Robinson 2006, Lalouschek 2005b, Spranz-Fogasy 2005, Fiehler 1990). D.h., in der initialen Sequenz zeigen sich die ersten Ansätze des Gesprächsplans der ÄrztInnen, das oder eines der Anliegen der PatientInnen und die ersten Formen des Aufeinandertreffens der beiden.

Die Gesprächsanfänge stellen sich immer wieder als zentral für das Gelingen des gesamten folgenden Gesprächs heraus, und damit für die Etablierung einer bestimmten Qualität der ärztlichen Behandlung und für die Motivation der PatientInnen, an der Therapie mitzuarbeiten. Britten & Gafaranga (2003) untersuchten Gesprächsanfänge von ärztlichen Konsultationen mit der Methode der Konversationsanalyse, um herauszufinden, wie das Prinzip der "Gemeinsamkeit" (*mutuality*) interaktiv überhaupt erreicht und hergestellt wird. Sie untersuchten, ob es Regeln für die Eröffnungssequenz gibt, und wenn ja, ob deren Befolgung oder Brechung Einfluss auf die Entwicklung der Gemeinsamkeit zwischen PatientInnen und ÄrztInnen habe. Es stellte sich heraus, dass sich Übereinstimmung oder fehlende Übereinstimmung zwischen den Beteiligten vor jeder Besprechung zu Behandlungsoptionen festlegt und damit auch die Möglichkeiten von Gemeinsamkeit. Bei fehlender initialer Übereinstimmung ist die nachfolgende Herstellung von Gemeinsamkeit wesentlich schwieriger herzustellen und läuft oft fehl.

Barry et al. (2000) untersuchten die Anliegen von PatientInnen. Sie fokussierten in ihrer Untersuchung auf die unausgesprochenen Teile von Patientenanliegen auf deren vielfältigen Facetten und deren Komplexität. So äußerten von 35 PatientInnen in der ärztlichen Konsultation nur 4 PatientInnen alle ihre Anliegen. Am ehesten betraf dies "übliche" Anliegen zu Symptomen und Fragen zu Diagnosen und Medikamentenverschreibungen, am seltensten "heikle" Anliegen wie Sorgen zu möglichen Diagnosen, zu Zukunftsaussichten, zu Nebenwirkungen, zur Absetzung von ungewollten Medikamenten oder zu sozialen Kontexten ganz allgemein (Barry et al. 2002, 1246). Konsequenzen waren ineffektive ärztliche Konsultationen, Missverständnisse, ungewollte medikamentöse Verschreibungen und mangelnde Befolgung der therapeutischen Empfehlungen.

Diese Frage von *compliance* und *non-compliance* ist eine zentrale jeder ärztlichen Behandlung. *Compliance* bezeichnet das Ausmaß der Befolgung ärztlicher Therapievorschlüsse und therapeutischer Maßnahmen durch die PatientInnen (Scheibler 2006), also "der Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat

korrespondiert (Haynes, Taylor & Sackett 1982, 12)". *Non-Compliance* wird korrespondierend als abweichendes, irrationales oder unverantwortliches Verhalten klassifiziert und in der ärztlichen Behandlung oft unter moralischen Gesichtspunkten abqualifiziert. Anderson & Funnell hingegen definieren *non-compliance* als "two people working toward different goals (Anderson & Funnell 2005, 173)", was bedeutet, dass mangelnde Kooperationsbereitschaft neben fehlender oder unangemessener Information etc., auch durch Faktoren wie eine mangelnde Miteinbeziehung der Anliegen von PatientInnen gefördert werden kann. Charles, Gafni & Whelan (2000) weisen darauf hin, dass das Nicht-Beachten der Anliegen der PatientInnen üblicherweise zu unerwünschten Verschreibungen und damit mangelnder Mitarbeit der PatientInnen führt. Damit erweitert sich auch der Blick auf die Problematik von *compliance* und *non-compliance*: Sie hängt eng mit der Herstellung von Gemeinsamkeit und der Qualität der Bearbeitung der Anliegen der PatientInnen durch die ÄrztInnen zusammen.

Die folgenden Analysen sollen über einige der genannten Phänomene und Zusammenhänge Aufschluss geben. Der Fokus liegt dabei auf der Feinanalyse der initialen Sequenz der ärztlichen Gespräche, ihres Verlaufs, ihrer Elemente und ihre beobachtbaren Konsequenzen für den weiteren Gesprächsverlauf.

Im Gespräch IGW geht es um ...

Im Gespräch JSW ...

Im Gespräch ELM ...

2.2 Patientenanliegen vs. ärztlicher Gesprächsplan: Gespräch IGW

Beim folgenden Gespräch handelt es sich um ein Erstgespräch auf der Kopfschmerzambulanz zwischen einem Oberarzt (A) und einer ca. 50-jährigen Patientin (P).

<IGW_KA_Erstgespr_T>

01

A Bitte sehr, weshalb kommen Sie.

P • Wegen meiner Migräne • probleme, die ich schon seit frühester •

02

P Jugend, also • praktisch seit der • Pubertät hab, ((ea)) unt • die jetzt wieder • verstärkt auftreten, • und

03

P ah • ich praktisch also • durch die Medigamente • keine Erleichterung finde. ((ea)) Wo i früher ah

04

P ansprochn hab, also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned. ((ea)) Zur klassischen Migräne

05

P hat sich jetzt de/äh Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule noch • dazu • gesellt, • ((ea)) und durch

06

P die Verspannungen, • vom Nacken, • äh Schulter, Nacken rauf also ((ea)) tritt des noch verstärkter auf. ((ea))

07

P Und äh zum Teil also wenn ich glaub also • die klassische Migräne die Medigamente, ((ea)) wens von

08

P der Halswirbelsäule kommen dann nützt das nichts, • und umgekehrt also ä/i hab meist immer also

09

P linksseit, rechtsseit . Mit extrem/also dass das da über • Tage sich erstreckt, ((ea)) aah wenns

010

P halbwegs erträglich is, also versuch ich ohne Medikamente auszukommen, •• wens aber so stark

011

P is mit ((ea)) äh Schwindel, Erbrechen, äh Schüttelfrost, ah Schweißausbruch ((ea)) un •• zum

012

P Teil/also mag sein dass die irgendwas ondas no dazukommt, dass ich dann so
 [k] *((Klopfen und Eintreten einer Person))*

013

A *Später.*
 A[k] *((leise, zu hereinschauender Person))*
 P a Druckgefühl hab, ((ea)) ah dann versuch ich halt •• mit äh Medigamenten aber wie gsagt,
 [k] *((Schließen der Türe))*

014

P die zum Teil auch nicht helfen oder nur ((ea)) ah • stundenweise, und dann tritt das Problem wieder

015

A Des heißt im Prinzip können Sie • zwei
 P in voller Stärke auf. Und das ist/• dauert über Tage.

016

A unterschiedliche Arten von Kopfweg ((ea)) • unterscheiden, wenn ich Sie richtig verstanden habe.
 P • Ja.

2.2.1 Sequenzielle Struktur der initialen Sequenz

Initiale Aufforderung A

Bitte sehr, weshalb kommen Sie.

Die Erzählaufforderung des Arztes ist als offene Frage formuliert, die vorerst keine inhaltlichen Beschränkungen vorgibt, der Patientin also Raum für die Entfaltung ihres Anliegens gibt.

Initiale Darstellung durch P

Wegen meiner Migräne-probleme, die ich schon seit frühester • Jugend,
 also • praktisch seit der • Pubertät hab,

P übernimmt die angebotene syntaktische Konstruktion und führt sie mit "wegen" fort, knüpft ihre darstellung also ganz eng an die initiale Aufforderung von A.

P nennt Krankheit bzw. Diagnose und indiziert eine Problematik speziell mit dieser Erkrankung ("Migräne.probleme"). Ihr Fokus ist nicht Migräne als Krankheit, ihr relevantes Krankheitserleben sind Probleme mit Migräne.

P nennt einen zeitlichen/biografischen Anfangspunkt, der sie als erfahrene, chronisch kranke Patientin ausweist.

unt • die jetzt wieder • verstärkt auftreten,

P nennt eine aktuelle Veränderung im Krankheitsgeschehen, die Verstärkung ihres Auftretens. Wäre ihr initialer Beitrag hier zu Ende, könnte das vom Arzt als relevante Problematik (chief complaint) von P decodiert werden.

und ah • ich praktisch also • durch die Medikamente • keine Erleichterung finde.

P nennt die Wirkungslosigkeit der Medikamente ("*keine Erleichterung*").

Wo i früher ah angesprochn hab, also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned.

P reformuliert die letzte Einheit "Medikamentenwirksamkeit" und vertieft den Aspekt der negativen Veränderung in der Zeit ("*früher*"/ "*jetzt*"), inkludiert aber einer gewisse Relativierung ("*zum Teil*"). Damit wird ihre Darstellung etwas unkonturierter.

Zur klassischen Migräne hat sich jetzt de/äh Kopfschmerzen
also von der Halswirbelsäule noch • dazu • gesellt, •

Intonatorisch ist "*klassische Migräne*" verstehbar als Referenz auf die initialen "*Migräne•probleme*", als wäre "*klassische Migräne*" in einem diagnostizierten Sinne schon eingeführt worden. Eventuell ist P zu stark ihrer Erlebensperspektive verhaftet.

Diese Migräne ist das Zentrum, um das sich alle anderen Schmerzen bzw. Beschwerden drehen. P beginnt mit ihrer Differenzierung des Schmerzgeschehens: klassische Migräne ist zentral, dazu Kopfschmerzen von der Halswirbelsäule und Verspannungen als (unklarer) Verstärker.

Das erklärt, warum sie die Schmerzen immer in Relation zueinander setzt:

Fläche (004) – (015) ist eine Vertiefung der ersten initialen Äußerung ("*Wegen meiner Migräne•probleme, die ich schon seit frühester • Jugend, also • praktisch seit der • Pubertät hab, unt • die jetzt wieder • verstärkt auftreten, • und ah • ich praktisch also • durch die Medikamente • keine Erleichterung finde. Wo i früher ah angesprochn hab, also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned*"). D.h. die initiale Darstellung ist eine Aussage zur Gesamtproblematik mit zweimaliger Vertiefung bzw. Differenzierung.

und durch die Verspannungen, • vom Nacken, • äh Schulter, Nacken rauf also ((ea)) tritt des noch verstärkter auf.

P setzt in ihrer initialen Darstellung den aktuellen Zeitpunkt mehrfach relevant, durch dreimaliges "*jetzt*" und zweimaliges "*tritt verstärkt auf*". Dies legt nahe, dass der Fokus ihrer Darstellung das aktuelle Geschehen und dessen Verstärkung ist, nicht die Differenzierung der Kopfschmerzarten, auch wenn sie zwei Schmerzarten nennt.

Und äh zum Teil also wenn ich glaub also •
die klassische Migräne die Medikamente,

P nimmt die Wirkung der Medikamente wieder auf; dies erfolgt sofort nach der Schmerzcharakterisierung. Dies macht die Relevanzen von P deutlich: Durch die Weiterführung wird die Medikamentenwirksamkeit als relevantes Thema markiert, nicht aber die Schmerzcharakterisierung, die von P nicht weitergeführt wird.

wenns von der Halswirbelsäule kommen dann nützt das nichts, •
und umgekehrt also ä/i hab meist immer also linksseit, rechtsseit .
Mit extrem/also dass das da über • Tage sich erstreckt,

P bietet drei Foki an:

- (1) drei Kopfschmerz-Symptomatiken,
- (2) die Veränderung /Verstärkung der Symptome,
- (3) die veränderte Wirksamkeit/ Verträglichkeit der Medikamente.

Diese Vielfalt macht die initiale Darstellung etwas unkonturiert.

aah wenns halbwegs erträglich is, also versuch ich ohne Medikamente auszukommen,
 •• wenns aber so stark is mit ((ea)) äh Schwindel, Erbrechen, äh Schüttelfrost, ah Schweißausbruch
 ((ea)) un •• zum Teil/also mag sein dass die irgendwas ondas no dazukommt,
 dass ich dann so a Druckgefühl hab,
 ((ea)) ah dann versuch ich halt •• mit äh Medigamenten aber wie gsagt,
 die zum Teil auch nicht helfen oder nur ((ea)) äh • stundenweise,
 und dann tritt das Problem wieder in voller Stärke auf.

Was ist das *Problem*?

Hier ist ein Hinweis, dass das "*Migräne.Problem*" von ganz zu Beginn die mangelnde Wirksamkeit der Medikamente sein könnte. Hinter "*Problem*" steckt vermutlich das Hauptanliegen (*chief complaint*), auch wenn es an dieser Stelle noch nicht explizit ist.

Und das ist/• dauert über Tage.

Die Schwierigkeit ist, dass P dem ihr gegenüberstehenden Arzt nicht deutlich macht, worum es ihr bei dieser Konsultation geht und ihr Hauptanliegen nicht eindeutig und klar benennt, sie ihm also keinen expliziten Auftrag erteilt.

Eine erste Zusammenfassung zeigt folgende **Indikatoren**?: Die Patientin agiert implizit, tendenziell abschwächend, und setzt mehrere Foki. Dies bewirkt, dass ihr Hauptanliegen für den Arzt nicht eindeutig zu decodieren ist. Die Schmerzdifferenzierung wird von P eingeführt, weil sie für ihre Darstellung erforderlich ist, wird aber von ihr nicht als ein für sie relevantes Thema indiziert. Das Thema der Schmerzdifferenzierung ist aber das für den Arzt relevante. Dies zeigt sich in seiner interaktiven Weiterführung.

Interaktive Weiterführung durch A

Des heißt im Prinzip können Sie • zwei unterschiedliche Arten von Kopfweh ((ea)) • unterscheiden, wenn ich Sie richtig verstanden habe.

"*Des heißt*" und "*wenn ich Sie richtig verstanden habe*" indiziert eine Zusammenfassung der initialen Erzählung von P. Mit der inhaltlichen Ausführung "*zwei unterschiedliche Arten von Kopfweh*" fokussiert A auf die Symptombdifferenzierung. Damit bezieht er sich allerdings lediglich auf die Äußerungsanteile von P, die damit zu tun haben, die anderen Inhalte werden (an dieser Stelle) übergangen.

Mit dieser Weiterführung fokussiert A auf das für ihn (und die Institution) Relevante, die Schmerzdifferenzierung. Diese interaktive Weiterführung ist inhaltlich nur zum Teil an die Äußerungen von P angebunden, ob sie an das Anliegen, das für P Bedeutsame angebunden ist, kann an dieser Stelle noch nicht eindeutig geklärt werden, ist aber nicht zu erwarten.

An dieser Stelle ist schon die erste Reaktion von P aufschlussreich:

017

A Des heißt im Prinzip können Sie • zwei
 P in voller Stärke auf. Und das ist/• dauert über Tage.

018

A unterschiedliche Arten von Kopfweg ((ea)) • unterscheiden, wenn ich Sie richtig verstanden habe. ((ls))
 P transkript LV Transkription! Ja.

P bestätigt diese Reformulierung mit einer Verzögerung und einem "Ja", das nicht mit fallend-steigender Intonationskurve, sondern mit fallender Intonationskurve produziert ist, also nicht Bestätigung sondern reduzierte Zustimmung indiziert. Die verzögerte Zustimmung deutet zudem auf eine Dispräferenz hin (Literatur/LV Gesprächsanalyse).

2.2.2 Binnenstruktur der initialen Barstellung: Hauptanliegen der Patientin

Die Darstellung der Patientin in dieser initialen Sequenz lässt sich im Detail in ihrer Binnenstruktur darstellen, was einen noch genaueren Aufschluss über ihre inhaltlichen Präferenzen geben soll: Ihr relevanter Fokus, und damit ihr Hauptanliegen, ist die abnehmende Medikamentenwirkung, v.a. bei Verstärkung der Beschwerden. Aspekte wie Schmerzarten und Schmerzqualitäten dienen dabei als Argumentationsträger und Argumentationshilfen, mittels derer der Hauptfokus entfaltet wird. Sie sind nicht der Fokus selbst.

P •• Wegen meiner Migräne •probleme,
die ich schon seit frühester • Jugend, also • praktisch seit der • Pubertät hab, ((ea))
unt • die jetzt wieder • verstärkt auftreten, •
und ah • ich praktisch also • durch die Medigamente • keine Erleichterung finde. ((ea))

Wo i früher ah angesprochn hab,
also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned. ((ea))

Zur klassischen Migräne
hat sich jetzt de/äh Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule
noch • dazu • gesellt, • ((ea))
und durch die Verspannungen, • vom Nacken, •
äh Schulter, Nacken rauf also ((ea))
tritt des noch verstärkter auf. ((ea))

Und äh zum Teil also •
wenn ich glaub also die klassische Migräne
die Medigamente, ((ea))
wenns von der Halswirbelsäule kommen
dann nützt das nichts, •
und umgekehrt also ä/
i hab meist immer also linksseit, rechtsseit .
Mit extrem/also dass das da über • Tage sich erstreckt,
((ea)) aah wenns halbwegs erträglich is,
also versuch ich ohne Medikamente auszukommen, ••
wenns aber so stark is
mit ((ea)) äh Schwindel, Erbrechen, äh Schüttelfrost, ah Schweißausbruch ((ea))
un •• zum Teil/
also mag sein dass die irgendwos ondas no dazukommt,
dass ich dann so a Druckgefühl hab, ((ea))
ah dann versuch ich halt •• mit äh Medigamenten

aber wie gsagt,
die zum Teil äuch nicht helfen oder nur ((ea)) ah • stundenweise,
und dann tritt das Problem wieder in voller Stärke auf.
Und das ist/ • dauert über Tage.

KURZFASSUNG DES RELEVANTEN KRANKHEITSERLEBENS

Titel (Krankheitsname + Problemindikator)
Aspekt zeitlicher / biografischer Anfangspunkt
Aspekt aktuelle Veränderung / Verstärkung im Krankheitsgeschehen
Aspekt mangelnde Wirksamkeit der Medikamente

REFORMULIERUNG = VERSTÄRKUNG DES RELEVANTEN FOKUS

Wiederaufnahme Aspekt mangelnde Wirksamkeit der Medikamente
Vertiefung des Aspekts negative Veränderung in der Zeit
Relativierung von "keine Erleichterung" zu "zum Teil überhaupt ned".

VERTIEFUNG / DIFFERENZIERUNG = ERKLÄRUNG + ARGUMENT

Differenzierung Schmerzarten, Veränderung u. gegenseit. Verstärkung

Referenz auf "Migräne • Probleme" (001)
Differenzierung (1): Hauptschmerz "klassische Migräne" (pars pro toto?),
Differenzierung (2): Zusatzschmerz "Kopfschmerzen v. d. Halswirbelsäule"
Vertiefung des zeitlichen (akut) und relationalen (zur klass. Migräne) Aspekts
Differenzierung (3): Zusatzbeschwerde "Verspannungen vom Nacken"
Vertiefung der Schmerzqualität (3) (Schmerzlokalisierung und Schmerzverlauf)
Aspekt Verstärkung durch Zusammenwirken ("des" = (1) o. (2) oder beide?)

Differenzierung Schmerzarten und Medikamentenwirkung

(Aspekt Wirksamkeit der Medikamente nur zum Teil)
Aspekt Schmerzmanagement: Decodierung der Schmerzart (1)
Aspekt Schmerzmanagement: Entscheidung der Behandlung (verkürzt?)
Aspekt Schmerzmanagement: Decodierung Schmerzart (2)
Differenzierung des Aspekts Wirkungslosigkeit der Medikamente + Erfahrung

Vertiefung Schmerzqualität (1) (Schmerzverlauf)
Vertiefung Schmerzqualität (1) (Schmerzintensität)
Decodierung (1) Intensität leicht
Schmerzmanagement: Entscheidung keine Behandlung
Decodierung (1) Intensität schwer
Vertiefung Schmerzintensität (1) schwer

Vertiefung Schmerzintensität (1) schwer
Vertiefung Schmerzintensität (1) schwer
Schmerzmanagement: Entscheidung für Behandlung (relativiert)

Schlussfolgerung

argumenativer Strukturbeginn, zusammenfassend/abschließende Redeformel
Thematisierung Hauptfokus / Aspekt mangelnde Wirksamkeit Medikamente
Konsequenz: aktuelle "Problem"lage: hohe Schmerzintensität trotz Med.

Vertiefung Aspekt Schmerzintensität: besondere Dauer

2.2.3 Fokus des Arztes – Thematische Aspekte und Fokus der Patientin

Die Struktur dieser initialen Sequenz lässt sich auch durch die Zuordnung von Inhalten zu den thematischen Aspekten von P und dem Fokus von A darstellen:

Thematische Aspekte P

Symptomatische Schmerzbeschreibung

aktuelles Geschehen und Verstärkung der Symptome

Abnahme der Medikamentenwirkung

A Bitte sehr, weshalb kommen Sie.

P •• Wegen meiner Migräne •probleme,
die ich schon seit frühester •Jugend, also • praktisch seit der • Pubertät hab, ((ea))
unt • die jetzt wieder • verstärkt auftreten, •
und ah • ich praktisch also • durch die Medikamente • keine Erleichterung finde. ((ea))

Wo i früher ah angesprochen hab, also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned. ((ea))

Zur klassischen Migräne hat sich jetzt de/äh Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule
noch • dazu • gesellt, • ((ea))
und durch die Verspannungen, • vom Nacken, • äh Schulter, Nacken rauf also ((ea))
tritt des noch verstärkter auf. ((ea))

Und äh zum Teil also wenn ich glaub also • die klassische Migräne die Medikamente, ((ea))
wenns von der Halswirbelsäule kommen dann nützt das nichts, •
und umgekehrt also ä/

I hab meist immer also linksseit, rechtsseit . Mit extrem/also dass das da über • Tage sich erstreckt,

((ea)) aah wenns halbwegs erträglich is, also versuch ich ohne Medikamente auszukommen, ••
wenns aber so stark is

mit ((ea)) äh Schwindel, Erbrechen, äh Schüttelfrost, ah Schweißausbruch ((ea))
un • • zum Teil/

also mag sein dass die irgendwas ondas no dazukommt, dass ich dann so a Druckgefühl hab, ((ea))

ah dann versuch ich halt •• mit äh Medikamenten
aber wie gsagt, die zum Teil auch nicht helfen oder nur ((ea)) ah • stundenweise,
und dann tritt das Problem wieder in voller Stärke auf.

Und das ist/• dauert über Tage.

Fokus A

Symptomatische Schmerzbeschreibung

A Des heißt im Prinzip können Sie • zwei unterschiedliche Arten von Kopfweh ((ea)) • unterscheiden,
wenn ich Sie richtig verstanden habe.
das was Sie klassische Migräne bezeichnen, ((ea)) und des Kopfweh, des mehr von • vom Nacken herkommt.

2.2.4 Passung und Passungsstörung: Die Methode der Extraktion

Die experimentelle Darstellung der "Extraktion" (deutlicher Formulieren, da methodisch dann © Jo – Methode, das Transkript für Darstellungszwecke systematisch und gezielt zu reduzieren, die ich "Extraktion" nennen möchte, für den Bereich der Fortbildung nennt Carmen Spiegel (2006) solche situationsangemessen adaptierten Transkripte "Anschauungstranskripte") der Aspekte von P soll ihre Beziehung zum Fokus, der vom Arzt gesetzt wird, verdeutlichen :

Extraktion (1): Aspekt Schmerzbeschreibung P – Fokus A

A Bitte sehr, weshalb kommen Sie.

P Wegen meiner Migräne •probleme, die ich schon seit frühesten • Jugend, also • praktisch seit der • Pubertät hab, ((ea)) Zur klassischen Migräne hat sich jetzt de/äh Kopfschmerzen also von der Halswirbelsäule noch • dazu • gesellt, • ((ea)) und durch die Verspannungen, • vom Nacken, • äh Schulter, Nacken rauf also ((ea)) tritt des noch verstärkter auf. ((ea)) i hab meist immer also linksseit, rechtsseit . Mit extrem/also dass das da über • Tage sich erstreckt, mit ((ea)) äh Schwindel, Erbrechen, äh Schüttelfrost, äh Schweißausbruch ((ea)) also mag sein dass die irgendwas ondas no dazukommt, dass ich dann so a Druckgefühl hab. ((ea)) Und das ist/• dauert über Tage.

A Des heißt im Prinzip können Sie • zwei unterschiedliche Arten von Kopfweh ((ea)) • unterscheiden, wenn ich Sie richtig verstanden habe. das was Sie klassische Migräne bezeichnen, ((ea)) und des Kopfweh, des mehr von • vom Nacken herkommt.

Extraktion (2): Aspekt Abnahme der Medikamentenwirkung – Fokus A

A Bitte sehr, weshalb kommen Sie.

P und ah • ich praktisch also • durch die Medigamente • keine Erleichterung finde. ((ea)) Wo i früher ah angesprochen hab, also reagier ich • zum Teil jetzt überhaupt ned. ((ea)) Und äh zum Teil also wenn ich glaub also • die klassische Migräne die Medigamente, ((ea)) wenns von der Halswirbelsäule kommen dann nützt das nichts, • und umgekehrt also ä/ ((ea)) aah wenns halbwegs erträglich is, also versuch ich ohne Medikamente auszukommen, •• wenns aber so stark is ah dann versuch ich halt •• mit äh Medigamenten aber wie gsagt, die zum Teil auch nicht helfen oder nur ((ea)) ah • stundenweise,

A Des heißt im Prinzip können Sie • zwei unterschiedliche Arten von Kopfweh ((ea)) • unterscheiden, wenn ich Sie richtig verstanden habe. das was Sie klassische Migräne bezeichnen, ((ea)) und des Kopfweh, des mehr von • vom Nacken herkommt.

Diese Darstellung zeigt, dass der Fokus des Arztes nur mit dem Aspekt der Schmerzbeschreibung der Patientin korrespondiert, nicht aber mit dem Aspekt der Abnahme der Medikamentenwirkung, der – wie die vorangegangenen Analysen deutlich machen konnten – ihr Hauptfokus ist.

Die Fokussierung von A auf den Aspekt der Schmerzbeschreibung bewirkt eine Umkehr der Relevanzen: Ein Aspekt der initialen Darstellung der Patientin wird zum Gesprächsfokus etabliert, der Hauptfokus der Patientin, und damit ihr eigentliches Anliegen, wird zu einem Aspekt heruntergestuft.

So wird eine (scheinbare) Passung zwischen der initialen Darstellung der Patientin und dem Fokus und damit dem Gesprächsplan des Arztes hergestellt. Da diese Passung aber keine interaktive Aufnahme und Vertiefung des Fokus der Patientin ist, ihr eigentliches Anliegen übergegangen wird, entsteht hier eine Passungsstörung zwischen dem Gesprächsplan des Arztes und dem Anliegen der Patientin.

2.2.5 Beurteilung der initialen Sequenz

Die Patientin mischt in ihrer Darstellung die drei Aspekte "*Kopfschmerzarten*", "*Schmerzveränderung*" und "*mangelnde Wirksamkeit der Medikamente*", indem sie sie – nach der ersten kurzen Gesamtdarstellung – mehrfach vertieft und zueinander in Beziehung setzt.

Die "*klassische Migräne*" ist der zentrale, eigentliche Kopfschmerz, der seit der Pubertät besteht. Dieser Schmerz hat aktuell Veränderungen erfahren, und zwar dadurch, dass ein "Kopfschmerz von der Halswirbelsäule" dazugekommen ist sowie "Verspannungen", die von Nacken und Schulter heraufziehen. Diese Veränderungen sind aktuelle. *Unklar in ihrer Darstellung* bleibt, wie diese Schmerzen und Verstärker miteinander interagieren. Klar wird, dass die Medikamente nicht beim Kopfschmerz von der Halswirbelsäule greifen, dass sie aber auch nicht mehr – im Gegensatz zu früher – bei der klassischen Migräne greifen, wenn die anderen Kopfschmerzen oder Verspannungen dazu kommen. Das heißt, das aktuelle Kopfschmerzgeschehen wird trotz Einnahme von Medikamenten in hoher Schmerzintensität erlebt (falls es sich nicht nur um eine leichte Migräne handelt, bei der die Patientin üblicherweise ohne Medikamente auskommt).

Diese nicht ganz klare Mischung der Aspekte erschwert es beim ersten Zuhören, den *für P relevanten Fokus eindeutig zu decodieren*. P verabsäumt aber auch selbst, spätestens am Ende ihrer Darstellung den für sie relevanten Fokus explizit zu machen.

Der *Hauptfokus* von P, und damit ihr Anliegen, liegt auf dem Aspekt "mangelnde Wirksamkeit der Medikamente". *Indizien* dafür sind, dass sie diesen Aspekt nach der Gesamtdarstellung für eine Reformulierung auswählt und im Weiteren das Schmerzgeschehen in Zusammenhang damit stellt. Es wird aber nicht deutlich, welches Anliegen genau sich hinter der Thematisierung dieses Aspekts verbirgt, also z.B. eine andere medikamentöse Behandlung zu bekommen oder eine alternative therapeutische Möglichkeit. Ihren eigentlichen Wunsch, von den Medikamenten wegzukommen und eine alternative Therapiemöglichkeit wie Biofeedback verschrieben zu bekommen, formuliert sie an dieser frühen Stelle gar nicht. Er wird erst an später Stelle im Gespräch explizit, als A ihr die *gesprächsbeendigende Frage* stellt, ob sie noch weitere Anliegen habe.

Ihre Art der "*agglutinierenden*" *Darstellung* wird durch die Gestaltung der Anfangssituation durch den gesprächsführenden Arzt mitgefördert: Er fordert die Patientin zur Darstellung auf, bleibt nicht in Augenkontakt mit ihr, sondern macht Notizen während der Abschnitte "Gesamtdarstellung" und "Reformulierung", bis hinein in den Beginn des Abschnitts "Differenzierung/Vertiefung". Das führt zu dem Eindruck, dass die Patientin zu wenig Orientierungshinweise von ihm bekommt, wie ausführlich sie darstellen soll, sie also so lange spricht, bis

ein Endsignal von A kommt. Dies ist m. E. eine Erklärung für die Struktur ihrer Darstellung "Gesamtproblematik – hinzugefügte Differenzierungen".

2.2.6 Die interaktiven Verfahren der Patientin

Da es sich um den ersten Kontakt zwischen dieser Patientin und dem Arzt handelt, gibt es dafür mehrere mögliche Erklärungen:

PatientInnen-Rolle: P agiert aufgrund noch mangelnder spezifischer Erfahrung mit diesem Arzt, mit dieser Kopfschmerzambulanz gemäß bestimmten prototypischen Erwartungen gegenüber der Ausgestaltung der Patienten-Rolle im Setting Krankenhaus/ Spezialambulanz: sie agiert defensiv und "tastet sich" heran.

Arzt/Ärztinnen-Rolle: P agiert gemäß bestimmten prototypischen Erwartungen gegenüber der Ausgestaltung der ärztlichen Rolle in diesem Setting: sie überlässt die Aktivität der Gesprächsführung, d.h. die Fokussierung des Relevanten, die Thematisierung etc. dem Arzt/Experten.

Anliegen: P weiß, dass ihr Anliegen, von den Medikamenten wegzukommen, kein präferiertes Anliegen in einem schulmedizinischen Setting ist. Darum macht sie es nicht explizit, um nicht gleich von Beginn weg als "schwierige Patientin" dazustehen.

Behandlungs-Erwartungen: P hat hohe/überhöhte Erwartungen oder Wünsche an A bzw. überprüft seine Bereitschaft oder Fähigkeit (im Sinne von Punkt 3.), zwischen den Zeilen zu lesen und implizite Botschaften zu verstehen und zum Thema zu machen.

2.2.7 Die Gesprächsführung des Arztes

A eröffnet das Gespräch mit "*Weshalb kommen Sie?*".

Diese Eröffnung macht ein breites Spektrum an möglichen Anliegen für P auf.

Die Weiterführung von A entspricht – wenn man andere Gespräche vergleicht – seiner üblichen Gesprächsführungsroutine.

As Fokus liegt also in der Durchführung eines routinemäßigen schmerzdifferentiell-diagnostischen Gesprächs, dem üblichen Vorgehen mit PatientInnen, die das erste Mal auf die Kopfschmerzambulanz kommen.

Ein zweites Anliegen von A ist, dieses Gespräch als ein exemplarisches Lehr-Lerngespräch zu führen, das aufgenommen und für seine StudentInnen bzw. ÄrztInnen in Ausbildung verwertet werden soll. Dies kann bewirken, dass er stärker als sonst versucht, seinen Fokus gegenüber dem Fokus von P durchzusetzen.

Aufgrund seiner gesprächseinleitenden Frage dürfte A mit seiner ersten weiterführenden Aktivität nicht so eng nur auf die Schmerzdifferenzierung fokussieren, sondern müsste in diesem breiteren Spektrum verbleiben, zumal dieser Raum von P in der initialen Darstellung genützt wird.

Es kann sein, dass A das Anliegen von P durchaus heraus hört, es aber für zu schwierig, irrelevant oder fehlgeleitet einschätzt und es daher nicht zum Thema machen will, er es mittels seiner Position und seinen Routinen übergeht. Auch hier kann sein zweites Anliegen des exemplarischen Lehr-Lerngesprächs verstärkend /verhindernd wirken.

Es kann aber auch sein, dass A das Anliegen von P fehldecodiert, sei es aufgrund seines routinemäßigen Vorgehens, sei es weil er nicht genau zuhört, sei es, weil es von P zu unspezifisch, unscharf, unverständlich formuliert ist.

2.2.8 Der weitere Gesprächsverlauf

Im Folgenden einige Ausschnitte aus dem weiteren Verlauf des Gesprächs (diese Darstellung ist in dieser Version der Arbeitspapieres noch nicht ausformuliert, daher dienen die ausgewählten Transkriptstellen in dieser Form lediglich als erste Illustration, die ausführliche Analyse erfolgt sinnvollerweise im Anschluss an die übrigen Fallstudien, um anhand dieser Ergebnisse gezielt auf die forschungsrelevanten Aspekte Bezug zu nehmen):

P thematisiert Probleme mit den Nebenwirkungen der Medikamente

84
A schon ärger sind? (I in in jedem) in jedem Fall. JaV JaV
P Ja. Ich wart immer dass ich ohne auskomm, ohne Medikamente, ((ea)) äh weil s ma

85
P ja äh doch den Kreislauf auch belastn, und, und in Magn belastn, ((ea)) und wenn ich zu viel hab, •

86
A Na, wovon spürn S die Nienschmerzn. Vo
P gspür ich auch • irgendwie Nienschmerzn manchmal. (()) Is/i hob

87
A wöchn Medikament. HmhmV
P Schmer/ Ja, überhaupt! Wenn ich/wenn i diese/auch das Zomic oder/• ned immer,

A Behandlungsempfehlung: Biofeedback und anderes Medikament

202
A Übelkeit und so weiter, ((ea)) äh des heißt eine vorbeugende Behandlung ((ea)) wär in jedem Fall

203
A für Sie sinnvoll. • Dass ma eben a Medikament für einige Zeit
P Ich wollt/i wollt an und für sich von den Medikamen-
ten

204
P **jetzt weg**, ((ea)) und • amal irgend/ausprowieren, ob es mit, mit einer anderen Methode, eben sprich des

205
A ((ea))
P Biofeedback geht, dass i ((ea)) äh dass i des auch so irgendwie • beherrschen o/• kann. • Oder könnte

206
A Ja, das **Biofeedback is in jedem Fall eine gute**, ((ea)) aah einee gute • Möglichkeit, vor allem wenn Sie
P den Schmerz, oder irgendwie.

207
A eben sogn, ((ea)) es gibt immer wieder diese Schmerzen, die vom Nacken her ((ea)) beginnen, ((ea))

208

A weil man eben mit dem Biofeedback •• unter anderem auch die Muskel-verspannung,

209

A Muskelanspannungen ((ea)) ah • lösen kann, indem Sie eben lernen, sich besser zu entspannen.

<..>

230

A ••• Okay. ((1sec)) Aha • äh • nichtsdestotrotz brauchen Sie auch ah eine

P auch öfters dazukommen.

231

A Behandlung für •• die • Attacken, •• und •• da ist es einerseits notwendig, ((ea)) dass Sie nicht zu lange

232

A warten, denn wenn mal Übelkeit und Erbrechen da sind, ((ea)) dann können Tabletten eigentlich

233

A nimma wirklich funktionieren, ((ea)) weil sie ja auch nimmer aufgenommen werden, und deshalb nicht

234

A wirken können, ((ea)) ah und auf der anderen Seite ist es schwierig, dadurch dass halt die ((ea)) Wirkung

235

A nicht lange anhält. ••• Das heißt, ••• man müsste auf ein anderes Medikament umstellen, daas eine •

236

A längere Wirkdauer hat. Müsst ma schauen, ob Sie damit ((ea)) mehr Erfolg haben, als mit Zomic

237

A oder Maxalt zum Beispiel. ((ea)) Und, • Sie sollten nicht zu lange warten, ((ea)) denn wenn Sie, wenn Sie

238

A zu lange warten, dann ist eben die Wirkung • schlechter.

P

((ea)) **Das hab i früher auch schon ausprobiert**

239

A JaV

P ghabt, und und • ah bin aber auch ned erfolgreich gewesen. Also i hab die Migräne ((ea)) durch •• keine

240

A Hmhmv

P Methode noch wegge(kriegt). I war schon froh, dass es leichter war, ich hab auch so eine/die

Gesprächsabschließende Frage an P

280

A Okay. ((ea)) • Ham Sie Fragen?

P

••• Nein. I wollt nur an und für sich ((ea)) wegkommen amal von den

281

P Medikamenten, ((ea)) und des eben trachten, dass i • selbst damit fertig werd, weil i ja schon ((ea)) ah

282

A HmV

P mehr als vierzig, fünfzig/fünfzig Jahren ((ea)) die Medikamente dagegen nimm, und nie weg davon

283

A Hmhmv Ja. Dess

P kommen bin. Zuletzt hat s gheißen ((ea)) ja warten S bis in Wechsel kommen, ((ea)) da verliern S is,

284

A ist nicht der Fall.

P das war nicht der Fall, es hat sich nichts geändert, ((ea)) und • man hat auch nie

285

A JaV

P gewusst noch, also • was die Ursache ist. • ((ea)) Ich hab auch scho ah Akupunktur gmocht, ((eh))

286

A Also erstens ((ea)) ist es natürlich ganz wichtig, ((ea))
 P bei Ihnen, und des hot/hob i nicht reagiert ((drauf)).

287

A und des kann man nur unterstützen, wenn Sie sagen, Sie möchten des selber ((ea)) ah in den Griff

288

A kriegen und selber was tun, dafür ist auch das Biofeedback eine sehr gute ((ea)) Möglichkeit das zu tun.

289

A •• ((ea)) Ah •• nur, das Biofeedback kann die Attackenhäufigkeit und Stärke verringern, ((ea)) aber • es

290

A wird auch nicht dazu führen, dass das Kopfweg ein für alle Mal und völlig verschwindet. ((ea)) Des
 P Ja, des erwort i

291

A Des heißt • ah ((1sec)) im • üblichen Fall • wird man auf Medikamente • ned
 P mir auch gar nicht, aber ich... Ja.

292

A völlig verzichten können, ((ea)) weil Sie halt sonst tagelang, wie Sie gesagt haben, ((ea)) mehr oder

293

A weniger eingeschränkt sind. ((ea)) Nur, im Moment ist das ganze net befriedigend, das ist mir völlig

294

A klar, ((ea)) weil Sie eben, ((ea)) auch wenn Sie ein Medikament nehmen, die Attacke net loswerden, *

295

A sondern weil sie wieder kommt, die Attacke. ((ea)) Nur, da gibt s eben Möglichkeiten, das zu erreichen,

296

A ((ea)) die Situation ((ea)) zu verbessern, gegenüber dem wie s jetzt ist, is wie gsogt sehr realistisch, •••

297

A und • mit Hilfe des Kopfwegkalenders kriegen wir noch mehr Detailinformationen, dass man dann

298

A entscheiden kann, ((ea)) ob und wenn ja was die beste zusätzliche Behandlung ist. ((ea)) Und weil Sie

299

A noch angesprochen haben die Ursachen. ((ea)) ((2sec)) Die Ursache der Migräne oder

* As Darstellung entspricht nicht ganz Ps Fokus (Nebenwirkungen und überhaupt weg von Medikamenten)

2.2.9 Initiale Sequenz und Gesprächsverlauf: erste Schlussfolgerungen

(1)

Das Gespräch "kippt" an früher Stelle (015), weil der Arzt den Fokus von P fehldecodiert oder übergeht. Indiz von Seiten der Patientin ist das Dispräferenz indizierende, etwas verzögerte "ja" mit fallender Intonation. Dies hat relevante Folgen für die Gesprächsbeteiligung der Patientin, für ihre Kooperationsbereitschaft, Motivation, Aktivität und Bereitschaft. Es hat relevante Folgen für die entstehende Gesprächsqualität, für das medizinisch verwertbare Ergebnis – und langfristig vermutlich auch für die Arzt-Patient-Beziehung und entsprechende compliance im weiteren Sinne, also die Einhaltung von Kontrollterminen, die Umsetzung der medizinischen Verordnungen und die Mitarbeit an der Therapie.

(2)

Die Patientin verhindert (bzw. agiert subtil gegen) eine für den Arzt effiziente Gesprächsführung, die in eine weitere schulmedizinische, v. a. medikamentöse Behandlung mündet, weil ihre Erwartungen nicht erfüllt werden, ihr Anliegen nicht gehört und nicht weitergeführt wird.

D.h., sie übernimmt den Fokus und damit die Gesprächsaufgabe, die der Arzt einführt, nur widerstrebend, sie torpediert die Klärungen und angemessenen Differenzierungen, indem sie phasenweise wieder Verwirrung hereinbringt. sie beteiligt sich nicht aktiv und effizient an der Schmerzdifferenzierung. Damit bewahrt sie ihr Anliegen und damit ihr Krankheitsmanagement. Dieses Verhalten ist ein in der Gesundheitsberatung geläufiges Phänomen: "The patient may resist our advice as a way of maintaining control of the interaction and in the management of his illness (Anderson/ Funell 2005, 162)."

Auf der Oberfläche scheint die Patientin kooperativ, ohne es wirklich zu sein: "Many patients will agree to a course of action suggested by a health professional when they have little or no intention of carrying it out because they want to make the interaction as free of conflict as possible." (Anderson/ Funell 2005, 159f).

Da es sich um die erste Begegnung zwischen der Patientin und diesem Arzt handelt, könnte es sein, dass die Patientin diesen Arzt bzw. diese Institution intuitiv als für sie nicht passend einordnet, und das Gespräch mit mäßigem Engagement "über sich ergehen lässt" und sich z.B. eine andere Institution sucht, die passender ist oder von ihrem Anliegen ablässt.

(3)

Es gibt möglicherweise einen kollektiv verankerten Wissenbestandteil, dass eine mangelnde oder fehlende Diagnose von Beschwerden eine schulmedizinisch effiziente Behandlung verhindert, so wie es ein kollektiv verankertes Wissen gibt, dass bei unspezifischen Beschwerden nur eine schulmedizinische Diagnose eine sozial effektive Wahrnehmung und medizinische Behandlungsbemühungen garantieren (s. entsprechende Ausführungen zum Chronischen Erschöpfungssyndrom als moderner Erkrankung in Lalouschek 2002d, sowie die Ausführungen zu kulturgebundenen Syndromen in Lalouschek 2005a und 2007).

2.2.10 Die systematische Reduktion der Komplexität des Gesprächs

Die Fokussierungstätigkeit des Arztes, die den Fokus der Patientin umkehrt, die Durchsetzung eines Gesprächsplanes, der auf einer initialen Schmerzdifferenzierung basiert, und die fehlende Exploration des eigentlichen Anliegens der Patientin, sind geeignet, die real vorhandene Komplexität des Gesprächs systematisch zu reduzieren. Die inhaltliche Aspekte, die von der Patientin initial einbracht werden und die zum Teil durchaus problematisch sind, werden als medizinisch nicht relevant dethematisiert, damit müssen sie interaktiv und inhaltlich nicht bearbeitet werden.

Dies hat zur Folge, dass das Anliegen der Patientin einen prekären Stellenwert erhält und sich dieser jedes Mal, wenn sie ihr Anliegen wieder thematisiert, verstärkt. Diesen Prozess der Marginalisierung beschreiben auch Rogers et al. (2005) (*marginalizing patients' concern* in Rogers et al. 2005, 231).

2.2.11 Konsequenzen und Alternativen für die ärztliche Gesprächsführung:

Klärung des Anliegens der Patientin

Der wichtigste Punkt ist mit Sicherheit die Klärung des Anliegens der Patientin. D.h., der Arzt müsste gemäß seiner breiten Gesprächseröffnung und speziell im Falle dieser unklaren initialen Darstellung der Patientin noch vor jeder Weiterführung ihr Anliegen genau explizieren. Er muss sich sozusagen Bild von P machen, ihren Anliegen, Bedürfnissen und Erwartungen, nicht nur von ihren Schmerzen.

Variante (1)

A könnte zu seiner Eingangsfrage zurückgehen, die ja "Offenheit für alle Anliegen" indiziert, und das Anliegen von P explizit nachfragen, v.a. wenn die initiale Darstellung viele unterschiedliche Foki umfasst und nicht eindeutig zu decodieren ist, z.B. mittels einer vertiefenden Nachfrage: "*Was genau ist jetzt Ihr Anliegen, mit dem Sie hergekommen sind?*" oder auch "*Wenn ich Sie also recht verstanden habe, dann haben Sie Womit genau kann ich Ihnen helfen?*".

Variante (2)

A könnte in der zusammenfassenden Reformulierung die beiden anderen Aspekte "Verstärkung" und "Medikamenten-Wirkung" mitnehmen und nochmals zur Verdeutlichung und gemeinsamen Abstimmung zur Disposition stellen.

Dieser Klärungsprozess an der relevanten Stelle des Gesprächsbeginns würde sich in vieler Hinsicht positiv auswirken: P erhielte relevante Hinweise für ihre Einschätzung von A und des folgenden Gesprächs ("A hört zu", "A nimmt mich ernst", "A hört auf Indirektes/zwischen den Zeilen"), die Bereitschaft von P, sich motiviert am Gespräch und an der eventuellen nachfolgenden Behandlung zu beteiligen, würde gehoben, A hat hier ein ganz praktisches Instrument, um das Anliegen von P tatsächlich zu verstehen und die weitere Gesprächsführung /Gesprächsverlauf zu optimieren.

Im Rahmen einer chronischen Erkrankung kann eine Behandlung, die nicht mit den Konzepten, Ideen und Zielsetzungen der PatientInnen abgestimmt und die nicht an deren indivisuelle Bedürfnisse angebunden ist, nicht zielführend verlaufen, so evidenzbasiert und so gut sie auch gemeint sein kann: "When we try to set goals for patients or to get them to see the wisdom of our goals, we can both become frustrated (Anderson/ Funell 2005, 173)."

Zielführend wäre es natürlich, würde P ihr eigentliches Anliegen während oder am Ende ihrer initialen Darstellung nochmal zusammenfassend oder pointierend deutlich machen oder sogar gegen die Fokussierung des Arztes durchsetzen. Dies ist in dieser speziellen Gesprächskonstellation aber durchaus schwierig und benötigt, um erfolgreich zu verlaufen, sehr spezielle Bedingungen (siehe Analyse Gespräch JSW in 2.3.), wofür ihr auch als erfahrener Patientin in dieser Situation die Routine und die genaue Einschätzung fehlt.

Verdeutlichung des Gesprächsplans

Der zweite wichtige Punkt ist die Verdeutlichung des Gesprächsplans und des Gesprächsverlaufs durch den Arzt. Wenn sich nach der Anliegenklärung herausstellt, dass das Anliegen der Patientin nicht identisch ist mit dem Fokus bzw. Gesprächsplan des Arztes, wenn die Schmerzdifferenzierung mit P aber durchgeführt werden muss, um zu einer angemessenen

Diagnose zu kommen, und erst danach das Anliegen von P, in diesem Fall eine alternative Behandlung zu bekommen, bearbeitet werden kann, dann muss A diesen Gesprächsplan für P transparent machen. Eine mögliche Vorgangsweise wäre eine Orientierungshandlung wie "Bevor wir über eine andere Behandlung sprechen können, muss ich mir erst einen Überblick über die Art Ihrer Kopfschmerzen verschaffen."

Damit sichert A die Kooperationsbereitschaft von P und die Qualität von Gespräch und Arzt-Patient-Beziehung, da P sicher gehen kann, dass ihr Anliegen von A aufgenommen worden ist und sich auf seinen Fokus einlassen kann, ohne ihr Anliegen immer sichern und relevant setzen zu müssen (Sator 2003). Es versteht sich von selbst, dass dieser Gesprächsplan dann auch eingehalten werden muss, d.h. dass das postponierte Anliegen nach der Schmerzabklärung auch zum Thema gemacht werden muss.

2.3 Die Durchsetzung des Patientenanliegens: Gespräch JSW

Das folgende Gespräch findet in der Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation statt. Es handelt sich um ein Kontrollgespräch zwischen einer älteren, mehrfach chronisch erkrankten Patientin und einem Arzt, die einander schon aus vorangegangenen Gesprächen und Behandlungen kennen. In dem Kontrollgespräch soll die Wirksamkeit der letzten gesetzten therapeutischen Maßnahmen überprüft und der aktuelle Stand der Schmerzsymptomatik erhoben werden. Der Patientin sind aufgrund einer Vielzahl von Eingriffen und Behandlungen, die sie schon hinter sich hat, auch mehrere andere Stationen, Einrichtungen und Personen der Krankenanstalt gut bekannt.

Die Analyse soll die besonderen Bedingungen des Gelingens der Durchsetzung eines Patientenanliegens auffächern.³

*Vielleicht ein reduziertes Transkript, damit man eine Idee vom Gesprächsverlauf bekommt?
Nur die Zeilenschreibung scheint zu wenig. Zeilenschreibung vielleicht querformatig?*

2.3.1 Struktur der initialen Sequenz

aktuelles Befinden von P im Rahmen der Kontrolluntersuchung (= FOKUS A)

aktuelles Anliegen der Patientin (= FOKUS P)

unsachliche/scherzhafte Weiterführungen und Bemerkungen

organisatorische Orientierungen und Belange

Störungen /Unterbrechungen

Patientin	Arzt	Bemerkungen
Na um das dreht sich s ja.	Wie geht s Ihnen?	Im Hereinkommen und Niederetzen gesprochen
Um das dreht sich s ja!	Nehmen S bitte Platz!	
Ja, ich hab Gott sei Dank wieder mein niedrigeres Gewicht.	Ausschaun tun S guat.	
Ich hab zehn Kilo abgenommen.	Ja, wieviel Kilo ham S n jetzt?	
Nein, durch Krankheit, wann das ganze	Absichtlich?	

³ Das Transkript der initialen Sequenz befindet sich wegen seines Umfangs im Anhang (4.).

<p>(()) wär, war i kaputt.</p> <p>Von einer • Pneumonie bis zu an Harninfekt.</p> <p>Ja.</p> <p>Na, des wor a Schlapp, na. I wü gor nimma davon redn. Es dreht sich jetzt um mich. •</p> <p>Passen S auf. ((ea)) Ich bin so quasi austherapiert.</p> <p>Jo, mit meiner • Dings. Ich habe Schmerzen.</p> <p>AW, ja.</p> <p>Na ja, wias/ ich soll im September wieder kommen.</p> <p>Ja. Und, ... ich hab s ah/ ich war auf der HTX oben, (())</p> <p>Ja ja, i bin,/ (...) Ich bin sozusagen ungehalten, ((ea))</p> <p>Warum? Weil in diesem riesen Haus, wo ah international alles is, aber eine Schmerztherapie nicht zu machen is, ((ea)) und dass i mich heut noch amal unter a Messer leg, mit 77, sein S ma net bös, des mach ich nicht mehr. Ja? Des, des ..</p> <p>Jo nein, ich iiii/ Wegen der Wirbelsäule. • Ich hab Schmerzen. Der L1 und der L2, die sind zusammengequetscht, undd, • ((ea)) jetzt hab ich a Arthrose im Knie! Ich darf nicht amal mehr Rad fahren.</p> <p>Weil s weh tuat!</p> <p>Könnan, ja!</p> <p>Ja, ja, ja, na gut, ja. ((seufzend lachend))</p> <p>I hob ..</p>	<p>Was ham S n ghabt?</p> <p>Harnwegsinfekt? Und wor der dann zäh oder wos?</p> <p>Hot das lange gedauert, ja?</p> <p>Ja?</p> <p>Wie austherapiert?</p> <p>Bei wem worn S n, Frau Magister? Bei der Frau Doktor AW?</p> <p>Wart, i schau mal eine, ob sie wos diktiert hot.</p> <p>Jo, wir redn jetz eh, tuan S ma erzähl, ((ea)) i muass nur gleichzeitig in Computer bedienen.</p> <p>Bei der Frau Doktor SW?</p> <p>(...)</p> <p>Warum?</p> <p>Waß die Linke net, wos die Rechte macht, ja.</p> <p>Jo, • versteh i.</p> <p>Warum jetzt? Wegen der Wirbelsäule.</p> <p>Des geht irgendwie, geht des jetzt net,</p> <p>Warum dürfen S wegen einer Arthrose net Rad fahren?</p> <p>Dürfen tuan S schon, kennan tuan S net!</p> <p>(Sie müssen als) Lehrerin das richtige Modalverb nehmen. ((lacht)) Dess/ Herr Nachbar, heut san S aber ekelhaft.</p>	<p>A liest Unterlagen</p> <p>A betätigt Computer</p> <p>A kommt nicht in spitalsinterne Datenbank</p> <p>gemeinsame Pflasterabnahme</p> <p>A kommt nicht in spitalsinterne Datenbank</p>
--	--	--

<p>Ah so?</p> <p>Aha, na bitte</p> <p>Naja, des is/ja, na ..</p> <p>Jo. Na, so lang Zeit ham S gar net! Aber ((lacht))</p> <p>Ja. • Nein. D/ Die Eckpunkte sind, dass ich wie gsagt, mit Tabletten, mit Pflaster, mit allen Mög- lichen versucht hab,</p> <p>Des, dieses ähm, äh Kann sein, ja.</p> <p>Des/äh na jedenfalls dieses Opiat da.</p> <p>Ja. I hab/ich hab, • entschuldigen den Ausdruck, gespieben und gekotzt, wie ein Ger- berhut, ja?</p> <p>Auf Grosse, auf Kleine, gholfen hat s überhaupt nix. Das is es ja. Mir nutzt nichts! I/Die Nebenerscheinungen san vü höher, als das warum ich s schlucken soll.</p> <p>Ja? •• Ah, also was kann ich machen? Jetz hat/ Jetz bin ich eben heroben voller Zurn. Na, es ist wirklich wahr, a/a/olles Mögliche wird da gmacht, nur a Schmerztherapie ((ea)) kann man hier nicht machen. Jetzt hat die SW eben gemeint, ich soll nach Harbach oder so irgendwie.</p> <p>Auf Kur.</p> <p>Mir is es wurscht! Jaa!</p> <p>Ich geh nur nicht unter s Messer, olles andere moch i! ((ea)) Ich bin a ganzes Jahr, jedn zweiten Tog da herkommen.</p>	<p>D? ((eigener Name)) Jetzt geht s aba nicht! Jo, des mog scho sein, muass a bissel woartn. Jetz hob i grad wen do sitzen. Zwanzig Minuten! Aaber•• in Warte- position. Danke. Bitte? Vorderhand net bitte Roland, weil_ Njo, jo. Danke!</p> <p>So, jetzt wieder zruck! I kann nämlich ihre Krankengeschicht net auf_, lustigerweise,</p> <p>Der Computer weiß a net, wos die Dings mocht. I weiß net, worscheinlich/wissen S eh, das/des KIES, des spinnt manchmal. I kann nix aufrufen. Sie erzählen mir was los is. Mach ma s so. Des is eh gscheiter.</p> <p>Na, schau ma s amoi. ((lacht)) Dass Sie mir das erzählen könnten. Des Wichtigste, die Eckpunkte.</p> <p>Welches Pflaster, Turogesik oder das Transdek? Turogesik?</p> <p>Fentanyl is drinnen.</p> <p>Ja, ja.</p> <p>Ja. Ja, ja. Ja.</p> <p>Ja, ja.</p> <p>Auf Kur.</p> <p>Ja. • Das wollen Sie?</p> <p>Ja, ja.</p>	<p>Piepser läutet, A telefoniert über hausinterne Sprechanla- ge</p> <p>A tippt seitlich auf Tastatur</p>
--	--	---

<p>Ja. I bin jo a brave Patientin.</p> <p>Ja, halten Sie was davon? Wissen Sie was Besseres? Ich hab keine Ahnung. Kennan sie mir irgend etwas anderes anbieten?</p>	<p>Des waß i, jo. hm. Des wiss ma, wiss ma, ja. • No, gehn S auf Kur!</p> <p>Auf jeden Fall.</p>	
--	--	--

2.3.2 Fokus von Arzt – Anliegen der Patientin

A etabliert zu Beginn des Gesprächs mit der einleitenden Frage "Wie geht es Ihnen?" den Fokus "Kontrolltermin" und vertieft entsprechend diesem Gesprächsplan den aktuelle Gesundheitszustand der Patientin.

P geht antwortend darauf ein, formuliert aber nach der aktuellen Beschreibung einen expliziten Abschluss "*i wü gor nimma davon reden*" und initiiert dann ein gegenläufiges oder jedenfalls "anderes" Anliegen, und zwar durch die Formulierung eines expliziten Aufmerksamkeitssignals: "*Es dreht sich jetzt um mich. Passen S auf*". Auffallend ist an diesem Sequenzabschnitt das große Ausmaß von initiativen Sprechhandlungen der Patientin. Der Inhalt des Anliegens ist noch nicht erkennbar.

Nach der Ankündigung beginnt P ihre Anliegenendarstellung mit einer diagnostischen Feststellung zu ihrem Schmerzzustand: "*ich bin so quasi austherapiert*". Diese fachsprachlich-nahe Äußerung dient dazu, die Dramatik ihres Zustandes zu verdeutlichen, aber auch die Problematik, dass sie deshalb von einer bestimmten Station keine Schmerztherapie mehr erhält, aber natürlich starke Schmerzen hat, sie kann aber auch dazu dienen, den Arzt in seinem Status als Experten ("Koryphäe") anzusprechen, um seinen Ehrgeiz zu wecken und ihn zu medizinischen Überlegungen zu motivieren. Alles in allem ist sie geeignet, der nachfolgenden Anliegenendarstellung ausreichende Relevanz zu verleihen und als Patientin mit starkem Schmerz und ganz besonderen Behandlungsbedürfnissen ernst genommen zu werden.

Eine weitere Überlegung wäre, dass die Äußerung "*ich bin so quasi austherapiert*" wie eine Reformulierung einer Äußerung wirkt, die im Laufe der letzten Behandlungen seitens eines Arztes oder einer Ärztin ihr gegenüber gefallen sein könnte, vielleicht in Form eines "*wir können jetzt nichts mehr für Sie tun*". Diese Äußerung wirkt an dieser Stelle auf den ersten Blick fast unscheinbar wie ein Rahmenelement, eine Ankündigung oder eine Überschrift über einer längeren folgenden Erzählung. Bei weiterer Betrachtung steckt hinter dieser Äußerung aber auch ein in einem chronischen Krankheitsprozess ultimativer Schritt: Jemand ist austherapiert, d.h. die Schulmedizin kann ihm oder ihr nicht mehr weiter helfen, alle möglichen therapeutischen Schritte sind gesetzt worden, der Krankheitsprozess nimmt auf einem medizinisch nicht mehr weiter behandelbaren Level seinen immer schlechter werdenden Lauf. Dieser Punkt ist psychologisch betrachtet vermutlich ein so einschneidender Schritt in einem chronischen Krankheitserleben wie die Erkenntnis der chronischen Erkrankung selbst, mit all seinen Konsequenzen für die Selbstdefinition, die soziale Identität, aber v.a. auch die Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit und dem Sterben (Charmaz 1995, 2000). So kann sich in

diesem Anliegen der Patientin auch der bewusste oder nicht bewusste Wunsch verbergen, doch noch therapierbar zu sein, um diesem ultimativen Schritt nicht ausgesetzt zu sein.

Auffallend sind jedoch die Partikel *"so quasi"*, sodass es nicht klar ist, ob diese Zuschreibung tatsächlich in dieser Form und Bedeutung erfolgt ist oder ob die Patientin eine ähnliche Äußerung strategisch hochstuft. Hinter der Äußerung könnte sich auch so etwas wie die Ankündigung oder Feststellung eines Therapieabbruchs verbergen, der aufgrund von Zwischenfällen oder Unvereinbarkeiten auf dieser speziellen Station stattgefunden hat – etwa im Sinne eines ärztlichen *"wenn Sie nicht zu dem und dem bereit sind, können wir Sie nicht weiter behandeln"*.

Diese Überlegungen erklären auch, warum die Patientin ihre Ausführungen mit einer Beschwerde über diese andere Station des Krankenhauses weiterführt ("**"**"), also jene Station, auf der sie als *"quasi austerapiert"* gekennzeichnet worden ist. Der Arzt geht auf diese Anliegeninitiative von P inhaltlich nicht sofort ein: Er ergänzt die Äußerung von P *"weil in diesem riesen Haus, wo ah international alles is"* mit *"waß die Linke net, wos die Rechte macht"*. Dies ist eine Bagatellergänzung, mit der A die Initiative von P als *"ich weiß schon, jetzt kommt das übliche Gejammer über die Institution"* indiziert und marginalisiert. Dann spielt A mit der fälschlichen Verwendung des Modalverbs *"können"* in Ps Schmerzdarstellung (*"Arthrose im Knie"*) und spielt auf Ps Status als Lehrerin an. Auch damit iniziert er ein *"nicht ganz ernst Nehmen"*.

Damit passiert an dieser Stelle genau das Gegenteil von dem, was die Patientin eigentlich möchte, nämlich mit ihrem Schmerzzustand ernst genommen zu werden. Dies bedeutet auch, dass der Arzt die Äußerung *"ich bin quasi austerapiert"* noch nicht in ihrer Bedeutungsdimension wahrgenommen hat bzw. hat wahrnehmen wollen oder auch noch nicht einordnen kann, da er ja spontan mit einem gewissem Erstaunen und einer Nachfrage auf sie reagiert.

Spätestens an dieser Stelle hätten andere PatientInnen ihre Versuche der Durchsetzung ihrer Anliegen vermutlich beendet.

Nach dem vergeblichen Versuch, in die interne Datenbank und in Ps Krankengeschichte zu kommen, fordert A P neuerlich zur Darstellung ihres Anliegens auf: *"Sie erzählen mir was los ist"*. Diese Erzählaufforderung ist besser an die Aktualität und Relevanz ihres initiierten Anliegens angepasst als die anfängliche Frage *"Wie geht es Ihnen?"*, ohne dass der Inhalt des Anliegens noch explizit geworden wäre. Damit wird deutlich, der Arzt hat das Bedürfnis der Patientin, ein spezielles Anliegen zu erzählen, da sie sich davon nicht abbringen ließ, erkannt und zumindest in seiner Relevanz zur Kenntnis genommen.

Durch diese neuerliche Gesprächseröffnung und Erzählaufforderung behält A die Gesprächsführung in der Hand und kann ohne Gesichtsverlust auf den Fokus von P eingehen. Das Anliegen von P wird somit zum zweiten Fokus des Arztes. D.h., A geht von seinem anfänglichen Gesprächsplan einer routinemäßigen Kontrolluntersuchung ab und etabliert eine andere Form des Gesprächs, in dem diverse gemeinsame Therapieaushandlungen im Zentrum stehen werden. Mit dieser revidierten Erzählaufforderung übernimmt A für den Rest des Gesprächs und für die Aushandlung der Therapieempfehlungen den Fokus von P.

2.3.3 Extraktion der initialen Darstellung der Patientin

Im Folgenden wird aus der initialen Sequenz die Darstellung der Patientin extrahiert, um Aufschluss über den Aufbau ihres Anliegens zu gewinnen:

Es dreht sich jetzt um mich.
 Passen S auf.
 Ich bin so quasi austherapiert.
 Jo, mit meiner • Dings.
 Ich habe Schmerzen.
 Und, •• ich hab s ah/ ich war auf der HTX oben, (())
 Ich bin sozusagen ungehalten, ((ea))
 Weil in diesem riesen Haus, wo ah international alles is,, aber eine Schmerztherapie nicht zu machen is, ((ea))
 und dass i mich heut noch amal unter a Messer leg, mit 77, sein S ma net bös, des mach ich nicht mehr. Ja?
 Des, des ..
 Wegen der Wirbelsäule.
 Ich hab Schmerzen.
 Der L1 und der L2, die sind zusammengequetscht,
 undd jetzt hab ich a Arthrose im Knie!
 Ich darf nicht amal mehr Rad fahren.
 Weil s weh tuat!
 Die Eckpunkte sind, dass ich wie gsagt,
 mit Tabletten, mit Pflaster, mit allen Möglichen versucht hab,
 Ja. I hab/ich hab, • entschuldigen den Ausdruck, gespieben und gekotzt, wie ein Gerberhut, ja?
 Auf Grosse, auf Kleine, gholfen hat s überhaupt nix.
 Das is es ja. Mir nutzt nichts!
 Die Nebenerscheinungen san vü höher, als das warum ich s schlucken soll.
 Ah, also was kann ich machen?
 Jetz hat/ Jetz bin ich eben heroben voller Zurn.
 Na, es ist wirklich wahr, alles Mögliche wird da gmacht,nur a Schmerztherapie kann man hier nicht machen.
 Jetzt hat die SW eben gemeint, ich soll nach Harbach oder so irgendwie.Auf Kur.
 Mir is es wurscht! Jaa!
 Ich geh nur nicht unter s Messer, olles andere moch i! ((ea))
 Ich bin a ganzes Jahr, jedn zweiten Tog da herkommen. Ja. I bin jo a brave Patientin.
 Ja, halten Sie was davon? Wissen Sie was Besseres?
 Ich hab keine Ahnung. Kennan sie mir irgend etwas anderes anbieten?

Die Darstellung von P ist sehr differenziert, vielfältig und explizit. Sie lässt sich von Störungen und Unterbrechungen während des Gesprächs nicht beeindrucken, sondern setzt die Initiierung des Anliegens und dann auch ihr Anliegen selbst durch, auch gegen anfängliche bagtellisierende oder unsachliche Nebenbemerkungen des Arztes.

Im Interview erzählt sie, dass sie oft den Eindruck hat, dass Ärzte ihre Schmerzen nicht ernst nähmen, weil es ihnen unangenehm wäre, dass sie nichts (mehr) für sie tun könnten. Das ist ein weiterer interessanter Hintergrund für ihre Äußerung "*ich bin so quasi austherapiert*".

P stellt explizit dar,

- was sie nicht tun kann (Medikamente und Pflaster gegen die Schmerzen, Radfahren),
- was sie nicht tun will (Operation),
- dass sie dennoch andauernde Schmerzen hätte (Wirbelsäule L1 und L2, Arthrose im Knie)
- dass sie weiß, dass es in anderen Gesundheitseinrichtungen anderes gibt ,
- dass es Ungehaltenheiten mit einer bestimmten Station gab (HTX),
- dass es mögliche Empfehlungen für eine Kur gibt

- und dass sie zu völliger Kooperation bereit ist, wenn die therapeutischen Empfehlungen angemessen sind (Kurempfehlung, andere Maßnahmen).

Das Anliegen von P ist es also, dass ihre Schmerzen ernst genommen werden und dass ihr deshalb eine Schmerztherapie empfohlen wird, wie man sie von einer Institution wie diesem renommierten Krankenhaus erwarten kann, auch wenn es in ihrem Fall schon schwierig ist, und die individuell auf ihre körperlichen Reaktionen, ihre Therapieerfahrungen und ihr Alter etc. abgestimmt ist.

Das dem zugrundeliegende Anliegen könnte sein, dass sie verhindern möchte, dass sie nicht weiter therapiert wird und als "austherapiert" gilt bzw. dass sie den Therapieabbruch der anderen Station durch eine Weiterführung der Therapie auf dieser Station bzw. Ambulanz wieder "rückgängig" machen möchte.

Und sie ist mit allem erfolgreich: Sie bekommt eine Empfehlung für eine Kur verschrieben, und zwar an einem Kurort, den sie kennt und für gut hält, sie bekommt eine spezielle Massagetherapie verschrieben ("Streichelmassage"), die ihrem hohen Schmerzzustand angemessen ist, und die noch dazu auf der aktuellen Ambulanz erfolgen wird und nicht auf der Station, auf der sie nicht weiter therapiert wurde, und sie bekommt keinerlei Medikamente verschrieben, auf die sie aus Erfahrung mit Nebenwirkungen reagiert.

2.3.4 Die spezifischen Bedingungen des Gelingens

Die Bedingungen, warum es dieser Patientin gelingt, ihr Anliegen gegen den ursprünglichen Gesprächsplan des Arztes durchzusetzen, sind speziell und darum umso aufschlussreicher:

- P verfügt über langjährige Erfahrung als chronische und multiple Schmerzpatientin. Sie kennt die Wirkung von Medikamenten und anderen therapeutischen Maßnahmen, ihre Verträglichkeit etc., was sie in die Lage versetzt, angebotene Maßnahmen beurteilen und ggfs. begründet ablehnen zu können oder in ihre Wissensbestände einbauen zu können.
- P hat langjährige Erfahrung mit dieser spezifischen Institution. Sie kennt deren Regularitäten und Möglichkeiten minutiös, auch die Beziehungen und Vernetzungen zwischen den unterschiedlichen Abteilungen. Damit verfügt sie über ein hohes Maß an Insiderwissen, das sie handlungsfähig macht.
- P verfügt über vielfältige Erfahrungen mit anderen, angegliederten Teilinstitutionen, z.B. durch Aufenthalte in den verschiedenen Rehabilitations- und Kurzentren. So kann sie deren tatsächliche "Alltagsqualität" einschätzen und ist damit aus ihrer persönlichen Erfahrung geraus deutlich entscheidungsfähig gegenüber ärztlichen Vorschlägen, Überweisungen etc.
- P hat vielfältige und langjährige Erfahrung mit den dort arbeitenden ÄrztInnen und den jeweiligen Untersuchungs- und Gesprächssituationen. Sie kann deren Verhalten und Umgang mit Anliegen, Fragen, Wünschen, Befunden gut einschätzen, kann daher ihre Anliegen situations-, kontext- und personenspezifisch formen und formulieren ("*recipient design*"). Sie lässt sich durch anfängliche mangelnde Unterstützung seitens des Arztes nicht

davon abbringen, initiiert sie auch mehrfach, was deren Wahrscheinlichkeit, gehört und aufgenommen zu werden, drastisch erhöht.

- P hat spezifische persönliche Erfahrung als Ehefrau und Mutter in einer Ärztesfamilie. Ihr verstorbener Ehemann und ihr Sohn sind bzw. waren Ärzte, sie hat daher wenig Berührungspunkte mit diesem Status bzw. etabliert dadurch ihre Statuserhöhung.

2.3.5 Zusammenfassung: empowerment durch persönliche Erfahrung

Die Analyse des Beginns dieses Gesprächs führt zu der Schlussfolgerung, dass PatientInnen, die über ein großes Ausmaß an individueller Erfahrung mit ihrer Erkrankung bzw. ihren Erkrankungen, mit der Institution, in der sie sich befinden, und mit den jeweiligen ÄrztInnen verfügen, auch über ein entsprechend größeres Maß an Ressourcen verfügen, ihre Anliegen durchzusetzen. Sie sind sozusagen "empowert durch persönliche Erfahrung und Status" (zu *Empowerment* vgl. z.B. Trummer 2003, Anderson/ Funnell 2005).

Wie sich ebenfalls gezeigt hat, wird die Patientin vom behandelnden Arzt nicht aktiv dazu aufgefordert, d.h. der Arzt setzt von sich aus initial keine Initiativen, das genaue Anliegen der Patientin zu explorieren und dies zum Thema der Konsultation zu machen, sondern er geht eher auf die Beharrlichkeit der Patientin, die er selbst ja auch gut kennt, ein. Dieses ärztliche Interaktionsverhalten ist also ein von Grund auf reaktives, es ist nicht mit aufgeklärter Patientenbeteiligung seitens der ÄrztInnen zu verwechseln, auch wenn die PatientInnen im Lauf der Konsultation zu dem kommen, was sie wollen.

2.4 Die Bestätigung der Diagnose: Gespräch ELM

ELM kommt mit der Diagnose Clusterkopfschmerz auf die Kopfschmerzambulanz.

Das primäre Anliegen von P ist der Wunsch, nach einer eindeutigen Diagnose. So deckt sich seine Darstellung großteils mit dem ärztlichen Gesprächsplan der diagnostischen Differenzierung und Festlegung für einen Behandlungsplan bzw. ist die ärztliche Aufgabe der Schmerzdifferenzierung nicht so weit von dem Wunsch nach einer Diagnosebestätigung entfernt.

Ps weiteren Anliegen gehen aber darüber hinaus: Er ist erstens unzufrieden mit seiner bisherigen ärztlichen Betreuung, hat also besonders hohe Erwartungen an diese Spezialambulanz bzw. den gesprächsführenden Arzt; zweitens war – psychologisch nicht unwichtig und von P expliziert – Ps Vater Migränepatient, P möchte die Bestätigung "seiner" Diagnose Clusterkopfschmerz. Dazu hat er sich auch Informationen aus dem Internet besorgt (Broom 2005).

Insgesamt ist die Schnittmenge der konkreten Anliegen von P mit Gesprächsplan von A größer als bei anderen Patientinnen.

Die Analyse dieses Gesprächs bildet einen Kontrast zu der Analyse des Gesprächs IGW (2.3.1).

Weiters ist interessant, dass P als männlicher Patient primär an Diagnose und Ursachenklärung interessiert ist, ein Phänomen, das sich in die Ergebnisse zu unserer Studie zur geschlechtstypischen Darstellung von aktuellem Brustschmerz einfügt. Dies muss mit weiteren

Anliegen männlicher PatientInnen aus dem Datenmaterial überprüft werden (Ursachenklärung vs. Dethematisierung in Menz/ Lalouschek 2005).

Hier ein erster Einblick in das Gespräch:

Struktur der initialen Sequenz

a (= FOKUS P)
 ā (= FOKUS A)

Patient	Arzt	Bemerkungen
<p>Die Doktor Oberthaler.</p> <p>Ich war allerdings schon bei mehreren Neurologen in Behandlung, ((ea)) () mit der Behandlung zufrieden.</p> <p>Ahm, was ist los. Es ist diagnostiziert worden die Clusterkopfschmerzen vor einem Jahr, • ja? Ich hab die Schmerzen allerdings • ähm mittlerweile seit acht oder neun Jahren, • ähm hab auch schon ganz verschiedene Untersuchungen machen lassen, ähm, • es hat allerdings niemand (genau sagen können), ähm</p> <p>Naja, das erste Mal hatt ich die Schmerzen vor mittlerweile neun Jahren, • ähm, da war ich grad auf Urlaub, da hat plötzlich ein Aug • zu stechen begonnen, ja? Jetzt bin ich zweiunddreißig.</p> <p>HmhmV. Genau.</p> <p>Da hat ein Aug zu stechen begonnen, • und das hat drei Tage eigentlich gedauert. Das kam immer kurz nach Mittag, ((ea)) und nach drei Tagen war s dann eigentlich weg. Die Schmerzen warn relativ stark, haben aber damals noch auf so ein normales Schmerzmittel reagiert, eigentlich. S Paracetamol. ((eā)) Ahm, • dann war das weg, und eigentlich hab ich s vergessen, und dann kam das, ähmm, nach glaub ich, eineinhalb Jahren wieder. ((eā)) Und is halt dann immer wieder gekommen. Ahm, bis zum letzten Sommer, ((ea)), ähm, so unterschiedliche Intervalle, so ein Jahr, ma/manchmal ein halbes Jahr, • ((d s)) zwei Wochen gedauert, manchmal drei Wochen, ((ea)) und letztes Jahr hat s eben mal zwei Monate gedauert. Und • da hab ich dann eben mehrere Ärzte konsultiert, ((ea)) ähm, bis dann eben • diese Clusterkopfschmerzen diagnostiziert wurden.</p> <p>Ähm, , es ist, es ist immer einseitig, aber nicht immer auf der selben Seite.</p>	<p>So. Also, • wer schickt Sie denn?</p> <p>Ah so, die Frau Doktor Oberthaler. Ja.</p> <p>Na, erzähl S amal was los ist.</p> <p>Na, erzähl S ma amal a bissl genauer, • was/was ist los, undd • wie hat das Ganze eigentlich/((ea)) wie hat das Ganze eigentlich begonnen?</p> <p>HmhmV Wie alt sind Sie?</p> <p>So, zweiunddreißig, dreiundzwanzig. Hmhm/ Ja.</p> <p>HmhmV</p> <p>HmhmV</p> <p>((ea)) Sagen Sie mal, und diese • Kopfschmerzen, Sie sagen, das sind eigentlich Schmerzen im Auge. Immer das ei/eine Aug? Immer eine Seite?</p>	<p>aktuelles "Problem" (unspezifisch) Diagnose</p> <p>Dauer Schmerzen</p> <p>Diagnose (unklare) Diagnose</p> <p>Aktuelles "Problem"</p> <p>Spezifisch: Schmerzbeginn Schmerzbeginn</p> <p>Coda Richtung Diagnose</p> <p>Schmerzlokalisierung</p>

<Sequenz Schmerzabklärung bis 6:30>

A geht auf anfänglichen Fokus P ein

129

A ((ea)) Na gut. Und was tun Sie also jetzt. Jetzt haben

A Sie ja so jahrelang damit, äh/sind sie ja umgangen, **und jetzt ist die Diagnose**
P Ja, richtig. Ja,

A gestellt worden?
P genau. Die Diagnose ist letztes Jahr gestellt worden, und da hab ich

P auch das erste Mal dann wirklich vernünftige Medikamente bekommen.

<Sequenz bisherige Medikamentierung>

P Kritik an ÄrztInnen

154

A Nasenspray ham Sie auch nicht ghabt.
P Nein, hab ich auch nie ghabt. Ja,

A auch keine Prophylaxe. Also, ich hab immer den ((Im.)) Eindruck ghabt, dass da Ja,

A wo ich in Behandlung war eigentlich, Ja,
P ((ea)) die ein bissl überfordert waren,

P die beiden Neurologinnen, bei denen ich da war, ((ea)) weil die es nicht

A Hmhmv
P wirklich kannten. Ja? Mit der/mit der/der Symptomatik nicht so wahnsinnig

P viel anfangen konnten. Ist zwar dann diagnostiziert worden, aber die

A • Hmhv•• Und
P Behandlungsmöglichkeiten warn irgendwie eingeschränkter.

A sie jetzt, die/• Ihre Neurologien jetzt, die kennt sich/ die kennt Sie
P Na ja, die hat auch, die

A jetzt, oder ist die jetzt neu für Sie?
P hat eben, die hat eben,... Na, da war ich schon ein Mal vor vielen

A Bestätigung der Diagnose von P

169

A i mein, das muss man schon zur Ehrenrettung der ((ea)) Ärzte sagen, dass

A es bei Ihnen nicht sehr typisch ist. **Aber es ist ziemlich sicher ein**
P Hmhmv

A **Clusterkopfschmerz**. ((ea)) Es fehlen also diese typischen Symptome,

A die Sie/die da eigentlich dazu gehören würden, und ((ea)) es is ein
P Hmhmv

A bissl ungewöhnlich, dass Sie das so tagsüber kriegen, aber ((ea)) das wird

A schon so was sein.

<Sequenz neue Medikamentierung (clusterkopfschmerzadäquat)>

P bekommt neue Info von A

186

A Das tut zwar a bissl weh, aber • das ist kein Vergleich zu dem da,
P HmhmV Nein, das ist

A Und, ah, • dann wirkt es, zumindest nach der
P kein Vergleich, glaub ich.

A Papierform, innerhalb von • Viertelstunde. ((ea))
P HmhmV • Ja, das wusst ich

A Ahm, • das zweite ist, ahm, man muß also den Nasenspray
P nicht.

A ausprobieren, weil der noch praktischer ist, nachdem Sie Sauerstoff

<Sequenz Erklärung von Prophylaxe (geht aber nur bei akuter Attacke, P muss sich also bei Beginn einer neuen Attacke als "Akuter" anmelden)>

Abschluss

215

A nicht. ((ea)) ((2 sek)) Ja, ((aa)) Herr Magister, also, mit anderen Worten,

A ich glaube, jetzt im Moment • könn ma nicht sehr viel machen. Ich geb

A Ihnen jetzt ein Rezept mit, ((räuspert sich)) für dieses Imigran,
P Ja, HmhmV

<Sequenz neuerliche Erklärung korrekte Anwendung Medikamente (A behandelt P als erfahrenen P – "Sie kennen das schon" etc.)>
A behandelt ihn insgesamt sehr positiv, wegen Übereinstimmung? Kooperativität?)

P wirkt kooperativ und zufrieden

235

A Sobald Sie merken, dass die Phase beginnt, dann kommen Sie,
P Phase beginnt, ruf ich an, und...

A und dann schau ma, das ma,... Also, Sie beginnen einmal mit der
P Ja, okay. HmhmV

A Eigentherapie, ((ea)) und kommen aber, ah, gleich hier her,
P Ja, Okay, super.

2.5 Weitere Fallstudien

Das Arbeitspapier wird laufend um folgende weitere Fallstudien und Aspekte von Patientenanliegen erweitert.

Für das Kapitel am besten die Fragen in Form von weiterführenden Fragen, Annahmen formulieren.

2.5.1 Patientenanliegen Differenzialdiagnose: Gespräch BOM

Patient BOM besucht die Kopfschmerzambulanz auf, um sich Hilfe bei seinem unklaren Beschwerdebild zu holen.

Diese Fallstudie ergänzt die Analyse des Gesprächs ELM, der eine Bestätigung seiner Diagnose "Clusterkopfschmerz" sucht.

2.5.2 Passung oder An-Passung? Interaktive Kooperation und Patientenmotivation: Gespräch FTW

FTW ist der Fall einer betont kooperativen, fügsamen Patientin ohne spezifisches eigenes Anliegen. Sie wurde von einer Abteilung zur Abklärung ihres Kopfschmerzes geschickt.

Die Analyse soll folgende Aspekte herausarbeiten und Fragen beantworten:

- Die interaktive Produktion von Kooperativität ohne spezifisches Patientenanliegen.
- Handelt es sich dabei um eine echte Passung oder um eine scheinbare Passung, die nicht tatsächlich in Abstimmung mit den Anliegen oder Bedürfnissen der Patientin erfolgt?
- Hat die Patientin tatsächlich kein eigenes Anliegen oder wird es so subtil angedeutet, dass es kaum an die Oberfläche tritt?
- Zusammenhang zwischen Patientenmotivation und Patientenanliegen; d.h., wie sind die PatientInnen auf die Ambulanz gekommen, wurden sie überwiesen oder sind sie auf Eigeninitiative gekommen? Haben eigeninitiierte PatientInnen deutlichere oder andere Anliegen als geschickte PatientInnen? D.h., lässt sich ein Zusammenhang annehmen zwischen der Motivation bzw. den Gesprächsanliegen d. P einerseits und der Fokussierung und damit des Gesprächsverhaltens der P andererseits. Wenn ein solcher Zusammenhang besteht, wäre dies eine wichtige Information für d. Ä, weil so die Stoßrichtung d. P im Gespräch besser beurteilt werden könnte und die Ä damit ihre eigene Gesprächsführung besser darauf abstimmen könnten.

2.5.3 Kooperation und institutionssozialisierter Patient: Gespräch DLM

P ist chemisch-technischer Assistent auf der Kardiologie des Krankenhauses. Der Gesprächsplan des Arztes weist ein hohes Passungsverhältnis mit dem Interaktionsverhalten von P.

Die Analyse soll folgende Aspekte verdeutlichen:

- die interaktiven Mechanismen einer Passung auf hohem Niveau ("Über-Passung"),
- die interaktiven Probleme dieser hohen Passung,
- ob P spezifisch andere sprachliche Verfahren einsetzt als PatientInnen ohne diese berufliche Sozialisation, um darüber hinausgehende individuelle Anliegen zu markieren.

2.5.4 Mangelnde Diagnoseabklärung und Therapiemisserfolg: Gespräch DCW

DCW ist eine junge Patientin mit Migräneanfällen, die über einen Freund auf die Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation kommt.

Von dieser Patientin gibt es ein Erstgespräch und zwei Kontrollgespräche.

A legt Diagnose und Behandlung fest, es fehlen Phasen der gemeinsamen Befunderhebung und gemeinsamen Abstimmung; P wirkt sehr unzufrieden, die therapeutischen Maßnahmen sind mangelnd erfolgreich. Es stellt sich die Frage der Compliance.

Die Analyse soll folgende Aspekte herausarbeiten:

- die Prozesse der Passungsstörungen zwischen dem Gesprächsplan und der Fokussierung des Arztes und der Patientin,
- Unterschiede zwischen den Fokussierungen von Erstgespräch und Kontrollgespräch des Arztes,
- Unterschiede zwischen den Beschwerdenschreibungen zwischen Erstgespräch und Kontrollgespräch der Patientin,
- Unterschiede zwischen der interaktiven Bearbeitung von Migräne in der Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation und der Kopfschmerzambulanz
- die Unterschiede in den Verfahren der Darstellung von jungen, unerfahrenen PatientInnen (DCW, aber auch NNW) und älteren, erfahrenen PatientInnen (IGW).

2.5.5 Mangelnde Therapieerklärung und Non-Compliance: Gespräch LCW

LCW ist eine Patientin, die schon viele Jahre unter Migräne leidet, aber viele Jahre nicht in Behandlung war. Sie bekommt vom Arzt ein Antidepressivum verschrieben, seine Erklärung des Zusammenhangs zwischen Antidepressivum und Schmerztherapie ist nicht ausreichend, er übergeht ihre überrascht-entsetzte Reaktion im Gespräch. Im Interview einige Zeit danach stellt sich heraus, dass sie das Medikament nicht einnimmt, da sie ja nicht depressiv ("psychisch gestört") sei.

Die Analyse des Gesprächs soll folgende Aspekte verdeutlichen:

- die Beschwerdendarstellung und Anliegenformulierung einer Patientin mit viel Krankheitserfahrung, aber geringer Institutionenerfahrung.
- die interaktive Konstruktion von "Non-Compliance", bei gutem Willen des gesprächsführenden Arztes, aber mangelnder Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Patientin ("*the doctor knows best*", *prescribing, non-compliance* in Stevenson et al. 2002, "*doing prescribing*" in Elwyn/ Edwards/ Britten 2003): Die Perspektive der ÄrztInnen ist, dass es für sie legitim ist, Medikamente zu verschreiben und dass diese Legitimität von den PatientInnen als quasi selbstverständlich angenommen wird. Fehlende Compliance wird von den ÄrztInnen daher als Nichtbefolgung wahrgenommen. Aus der Sicht der PatientInnen ist die Verschreibung der Medikamente nicht etwas, was sie unbedingt befolgen müssen, sondern eine mögliche Option oder eine Lösung des Arztes für die präsentierte Symptomatik, die sie für nicht angemessen halten. So ist aus ihrer Sicht ihre Nichtbefolgung eine autonome Entscheidung im Rahmen ihres Krankheitsmanagements (Perspektivendivergenz von ÄrztInnen und PatientInnen in Stevenson et al. 2002).

2.5.6 Fehlende gemeinsame Therapieabstimmung: Gespräch CAW

CAW ist eine Migränepatientin, sie kommt von selbst auf die Kopfschmerzambulanz, weil sie mit ihrer Neurologin unzufrieden ist. Sie will eine Therapie haben, ist aber erschrocken über die Therapievorschreibung.

Die Analyse des Gesprächs soll folgende Aspekte beleuchten:

- Wie stellt die Patientin ihre Anliegen (Unzufriedenheit mit bisheriger Betreuung, Wunsch nach Therapie) dar?
- Wie unterscheidet sich das von der Darstellung von Anliegen, die nicht mit Diagnose und Therapie zu tun haben, die also ein geringeres Passungsverhältnis zu den genuinen ärztlichen (Gesprächs)Aufgaben aufweisen?
- Wie erfolgt die Therapievorschreibung, die Erklärungen des Arztes, so dass die Patientin, die ohnehin therapiewillig ist, deutlich unzufrieden aus dem Gespräch geht.
- Liegt das Ergebnis tatsächlich an der mangelnden gemeinsamen Abstimmung oder gibt es ein weiteres zugrundeliegendes Anliegen der Patientin, das nicht deutlich bzw. thematisch geworden ist?
- Die Analyse des Gesprächs CAW ist eine Ergänzung der Analyse LCW (2.4.5.) um den Aspekt, dass es sich um eine sowohl krankheits- wie institutionenerfahrene Patientin handelt.

2.5.7 Unterschiedliche Behandlungs- und Beziehungskonzepte: Kopfschmerzambulanz vs. Physikalische Medizin

Erste grobe Eindrücke:

Die Kopfschmerzambulanz (KA) agiert *diagnosefokussiert*.

Sie vertritt das Konzept der akuten Behandlung.

Sie verfügt über keinen konkreten Raum in der Institution (sie findet 1x pro Woche statt, ÄrztInnen müssen sich für die Gespräche mit den PatientInnen immer freie Räume suchen).

In den Gesprächen kommt es zur Passung bei unerfahrenene PatientInnen oder solchen, deren Anliegen in Richtung Diagnose oder schulmedizinische Therapie geht, d.h. diese Passung erfolgt zufällig und nicht unbedingt in tatsächlicher Abstimmung mit den Anliegen oder Bedürfnissen der PatientInnen.

Die Ambulanz für Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR) agiert *therapiefokussiert*.

Sie vertritt das Konzept der begleitenden Behandlung von langdauernden Schmerz- und Krankheitszuständen ("ambulante Kur").

Sie verfügt über konkrete und stets gleichbleibende Räumlichkeiten.

In den Gesprächen PMR sind PatientInnen "gestärkter", da es stärker um therapeutische als diagnostische Maßnahmen geht, d.h. mehr Raum für gemeinsame Therapieaushandlungen besteht, und die PatientInnen, die häufig langjährige und multiple chronische Beschwerden haben, zudem die ÄrztInnen und die Institution aus früheren Behandlungen besser kennen.

2.5.8 Ärztliche Gesprächskompetenz: Ärztliches Lehrgespräch und linguistische Vorschläge zur Verbesserung

Die zweite Analyse des Gesprächs IGW (vgl. auch 2.4.1.) ist dem Aspekt der ärztlichen Gesprächsausbildung durch ÄrztInnen selbst gewidmet, als eine Basis für die Überlegungen zur Verbesserung der ärztlichen Gesprächskompetenz anhand der Ergebnisse aller Analysen. Die Hauptfrage dabei ist, wie können ÄrztInnen ganz praktisch ihre Gesprächs- und Handlungskompetenz verbessern, um Übereinstimmungen oder Abweichungen mit den PatientInnen zu

erkennen, um den Präferenzen der PatientInnen im Gespräch entgegenzukommen ohne ihr professionelles Handeln zu vernachlässigen, um die Gesprächsqualität und damit die Behandlungsqualität zu verbessern?

Das Gespräch IGW wird vom gesprächsführenden Arzt der Kopfschmerzambulanz explizit auch als Lehrgespräch geführt, das in teaminternen Fortbildungen eingesetzt werden sollte. Seine Analyse soll Aufschluss darüber geben, welche Gesprächskompetenzen von ÄrztInnen auf der Kopfschmerzambulanz als primäre Gesprächskompetenzen festgelegt werden, im Gespräch realisiert und damit auch unterrichtet werden.

Informationen aus den ÄrztInnen-Interviews sollen diese Ergebnisse und die Ergebnisse der übrigen Fallstudien um folgende Aspekte ergänzen:

In den ärztlichen Gesprächen und den Interviews mit den ÄrztInnen zeigt sich, dass viele der Aspekte, die kommunikativ problematisch wirken, von den ÄrztInnen zwar gewusst werden, aber keine produktiven Konsequenzen im Gespräch daraus gezogen werden. So streichen die ÄrztInnen in den Interviews z.B. heraus, dass es notwendig ist, gerade auf einer Spezialambulanz wie der Kopfschmerzambulanz sich nicht auf bereits gestellt Diagnosen zu verlassen, sondern diagnostisch quasi nochmals bei Null anzufangen. Sie verabsäumen es aber, den PatientInnen diese Notwendigkeit zu Beginn des Gesprächs im Sinne von Transparenz und gemeinsamer Orientierung aktiv mitzuteilen, wodurch die Kooperationsbereitschaft der PatientInnen auf eine harte Probe gestellt wird. Dabei berichten die ÄrztInnen in den Interviews regelmäßig von der Problematik, dass PatientInnen in der Regel nicht einsehen, wieso sie wieder und wieder ihre Krankengeschichte erzählen müssen und den Diagnoseprozess immer wieder von neuem durchlaufen müssen, ein Befund, der auch von den P in den Interviews bestätigt wird (z.B. BOM_KA). Während die ÄrztInnen also in den Interviews gegenüber den wissenschaftlichen BeobachterInnen ihr Wissen um solche Zusammenhänge transparent machen, verabsäumen sie ein solches Transparentmachen in den Gesprächen mit den PatientInnen.

Die ÄrztInnen ziehen aus ihrem Wissen um Zusammenhänge keine produktiven Konsequenzen, wie etwa ein Transparentmachen im Gespräch, sondern ziehen Konsequenzen lediglich in der Form, dass sie im Gespräch mehr Druck in Richtung ausüben, den differentialdiagnostisch notwendigen Fokus und die damit verbundenen Relevanzen forcieren, also quasi die Zügel im Gespräch straffer halten. Dies führt aber zu Störungen im Gespräch. Die Ä unterliegen also der Fehleinschätzung, dass sie die differentialdiagnostischen Foki gegen die Anliegen und Motivationen der PatientInnen durchsetzen können, ohne dass sich dies negativ auf das Gespräch auswirken würde.

3 ZUSAMMENFASSUNG: ÄRZTLICHE GESPRÄCHSPLÄNE UND ANLIEGEN VON PATI- ENTINNEN

Eine Fragestellung des Forschungsvorhabens war es, die Schmerz- und Beschwerdendarstellungen der PatientInnen und ihre Formen der interaktiven Bearbeitung durch die Gesprächsführung der ÄrztInnen zu untersuchen. Entsprechende Forschungsfragen waren:

- Welchen Gesprächsplänen folgen die ÄrztInnen in den Gesprächen mit den PatientInnen?
- Wie erfolgt die Darstellungen der körperlichen Beschwerden (und lebensweltlichen Aspekte) der PatientInnen, wie werden diese Darstellungen interaktiv bearbeitet und von den ÄrztInnen in Symptome übersetzt ("Institutionalisierung bzw. Transformation von Beschwerden")?
- Wie beeinflussen die interaktiven Verarbeitungsprozesse (Vertiefen, Fragmentieren, Übergehen etc.) die Qualität des Interaktionsgeschehens, die Krankheits- bzw. Schmerzdarstellungen der PatientInnen und das Verständnis der Schmerzsymptomatik seitens der ÄrztInnen?

3.1 Gesprächspläne der ÄrztInnen, Gesprächstypen und institutionelle Bedingungen

Das erhobene Datenmaterial der Schmerzambulanzen besteht aus zwei Typen von Gesprächen, Erstgesprächen und Kontrollgesprächen. Bei den Erstgesprächen verfolgen die ÄrztInnen einen Gesprächsplan, der es ermöglichen soll, eine differenzialdiagnostische Schmerzerhebung durchzuführen oder therapeutischen Maßnahmen in einem schon diagnostizierten Schmerzgeschehen festzulegen. Bei den Kontrollgesprächen verfolgen die ÄrztInnen einen Gesprächsplan, der es ermöglicht, die Wirksamkeit der gesetzten therapeutischen Maßnahmen festzustellen, die Mitarbeit der PatientInnen zu überprüfen und ggfs. Veränderungen oder Verbesserungen durchzuführen.

Diese ärztlichen Gesprächspläne stimmen nur in wenigen Fällen mit den Erwartungen der PatientInnen überein: PatientInnen kommen mit anderen Anliegen als Schmerzdiagnostik in Erstgespräche, PatientInnen kommen mit anderen Bedürfnissen an Aufklärung, Information und Beteiligung an Entscheidungen als die Überprüfung von therapeutischen Maßnahmen in Kontrollgespräche.

Medizinische Kommunikation ist institutionelle Kommunikation, die spezifische hierarchisch geordnete Strukturen, Rollenerwartungen, Interaktionsmuster und sprachliche Handlungen für ÄrztInnen und PatientInnen zuordnet. Wie die Analyse des Datenmaterials zeigt, ermöglichen es die gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen der Ambulanzen den PatientInnen nicht, ihre Bedürfnisse und Anliegen von Anfang an explizit zu machen und gegen die Gesprächspläne der ÄrztInnen durchzusetzen, schon gar nicht gegenüber ihnen nicht bekannten ÄrztInnen (Erstgespräch). Das Problem der Durchsetzung wird für PatientInnen noch virulen-

ter, wenn – wie es häufig der Fall ist – zwei ÄrztInnen die Konsultation gemeinsam durchführen ("Visiteneffekt").

3.2 Schmerzdarstellung und Anliegen der PatientInnen

Die Analyse des Datenmaterials zeigt, dass PatientInnen mit chronischen Schmerzen sehr spezielle und komplexe Bedürfnisse und Anliegen haben, die sie zum Arztbesuch motivieren. Eine Schmerzdarstellung ist nur in einigen Fällen auch ihr Hauptanliegen. Dieser Faktor hat beträchtliche Auswirkungen auf den Gesprächsverlauf und die Gesprächsqualität.

Die ursprüngliche Annahme, die Schmerzdarstellung sei der Grund für den Ambulanzbesuch und damit weitgehend identisch mit dem Anliegen der PatientInnen erwies sich als dem Datenmaterial nicht ausreichend angemessen. Aus diesem Grund wurde die Untersuchungsfrage der interaktiven Bearbeitung und Transformation der körperlichen Beschwerden und der damit einhergehenden lebensweltlichen Aspekte der PatientInnen erweitert, und zwar auf die Untersuchung der unterschiedlichen Anliegen der PatientInnen ("chief complaint"), ihre interaktive Bearbeitung und ihre jeweilige Auswirkung auf das ärztliche Gespräch.

Als ausschlaggebend für das jeweilige Anliegen erweist sich die Motivation der PatientInnen für den Ambulanzbesuch: Wenn PatientInnen – sei es aus eigener Initiative oder auf Überweisung – mit einem akuten oder noch nicht (ausreichend) diagnostizierten Schmerzgeschehen die Ambulanz aufsuchen, sind Schmerzdarstellung und Hauptanliegen meist deckungsgleich, da die PatientInnen die Symptomatik und ihre Ursachen abklären wollen.

Die meisten der PatientInnen suchen diese Spezialambulanzen mit Anliegen und oft besonderen Erwartungen auf, die nicht unmittelbar mit Schmerzdarstellung und –diagnostik zu tun haben sondern mit therapeutischen Fragen und Krankheitsmanagement. Diese Anliegen resultieren aus dem Faktum, dass es sich PatientInnen mit chronischen Schmerzen handelt, die über eine meist langjährige, vielfältige Erfahrung mit einem oft schwer zu behandelnden Krankheitsgeschehen verfügen. Ihre Anliegen drehen sich um fachliche Beratung, Information oder gemeinsame Entscheidung bezüglich des Einsatzes, der Veränderung oder der Absetzung möglicher therapeutischer Maßnahmen oder um Sorgen über den aktuellen oder weiteren Krankheitsverlauf.

Es zeigt sich aber, dass PatientInnen – gerade bei Erstgesprächen, in denen ihnen die Ärztinnen und die Institution neu sind, oder bei speziellen, potenziell problematischen Anliegen wie z.B. das Absetzen eines Medikaments – dazu tendieren, diese Anliegen nur indirekt zu formulieren. Diese dysfunktionale Strategie verstärkt sich mit den Gesprächsplänen der ÄrztInnen, die wenig dynamisch sind und nicht von Anfang an auf die Exploration der tatsächlichen Anliegen der PatientInnen ausgerichtet. Anliegen und Bedürfnisse, die nicht mit Schmerzdarstellung, Schmerzdiagnose oder Behandlungskontrolle im engeren Sinne zu tun haben und die von den PatientInnen nur indirekt eingebracht werden, werden interaktiv übergangen oder ausgeblendet.

Die Analyse zeigt problematische Auswirkungen: Es hängt von den individuellen Ressourcen der PatientInnen ab wie z.B. persönliche Bekanntheit mit den ÄrztInnen, Erfahrung mit der

medizinischen Einrichtung, mit der Wirksamkeit verschiedener Therapiemaßnahmen oder beruflich-sozialer Position, ob sie ihre Anliegen durchsetzen können; PatientInnen, deren spezifischen Anliegen von den ÄrztInnen nicht aufgenommen werden, beginnen ab einem gewissen Punkt im Gespräch Kooperativität zu simulieren, d.h. sie beantworten die ärztlichen Fragen, nehmen die Verordnungen zur Kenntnis, beteiligen sich aber nicht mehr aktiv.

3.3 Passungserfolge und Passungsstörungen zwischen den Gesprächsplänen der ÄrztInnen und den Anliegen der PatientInnen

Ein Patienten-Anliegen der Schmerzdifferenzierung bei akutem oder nicht ausreichend diagnostiziertem Schmerzgeschehen korreliert mit den Gesprächsplänen der ÄrztInnen besser, es kommt zu kooperativen Gesprächsverläufen und dem Akzeptieren und Durchführen der ärztlichen Vorschläge und Verschreibungen.

Davon differierende Patienten-Anliegen wie der Wunsch nach Absetzung von Medikamenten oder nach umfassender Information bezüglich Behandlungsalternativen, etc. korrelieren weniger gut mit den diagnosefokussierten Gesprächsplänen der ÄrztInnen, und führen zu z.T. missverständlichen, umständlichen oder unbefriedigenden Gesprächsverläufen.

Die Analyse einiger Interviews mit den PatientInnen zeigt, dass diese Passungsprobleme häufig in eine mangelnde Befolgung der ärztlichen Verschreibungen und in Unverständnis gegenüber den getroffenen ärztlichen Entscheidungen mündet. Dieses Ergebnis verstärkt ähnliche Ergebnisse aus anderen Studien, die in mangelnder Patienten-Compliance vor allem Kommunikationsdefizite verorten.

3.4 Entscheidungsbearbeitung als verborgene Qualität ärztlicher Gespräche

PatientInnen mit chronischen Schmerzen erwarten also sowohl bei Erst- wie Kontrollgesprächen auch so etwas wie ein Beratungs- und Entscheidungsgespräch mit einem Experten bzw. einer Expertin, in dem sie mit ihren Erfahrungen und spezifischen Vorstellungen wahrgenommen werden. Dies entspricht nicht unbedingt den Erwartungen der ÄrztInnen.

Die Analyse zeigt, dass die Funktion der Abwägungen und Entscheidungen zu Medikationen oder anderen therapeutischen Maßnahmen sowohl in den Erstgesprächen wie in den Kontrollgesprächen einen großen Teil des Gespräche einnimmt. Diese Thematiken werden häufig von den PatientInnen in Form eines Anliegens eingeführt und nicht von den ÄrztInnen im Sinne eines "Entscheidungs- oder Beratungsgesprächs" geplant. Da die Themen von den PatientInnen tendenziell nur indirekt eingebracht und von den ÄrztInnen ganz unterschiedlich aufgenommen und interaktiv bearbeitet werden, begleitet die Qualität der Entscheidungsbearbeitung die Gespräche zwar mehr oder weniger ständig, aber auch mehr oder weniger verborgen. (Auch die Versuche der Durchsetzung eines solchen Anliegens gegen einen konkurrierenden ärztlichen Gesprächsplan einen beträchtlichen Anteil der tatsächlichen Gesprächszeit ausmachen können, ohne dass diese Versuche erfolgreich verlaufen müssen).

Diese Faktoren verkomplizieren die faktischen Gesprächsverläufe, machen sie für ÄrztInnen wie PatientInnen intransparent und zeitlich wie inhaltlich wenig absehbar, sie geben aber auch den Anliegen und Bedürfnissen der PatientInnen einen prekären Stellenwert.

3.5 Chronische Erkrankungen und ärztliche Gesprächsführung

Anders als akute Erkrankungen sind chronische Erkrankungen eine besondere Herausforderung bzw. Belastung für die Identität der Kranken: die Diagnose muss verarbeitet werden, ein dynamischer Krankheitsprozess muss zu managen gelernt werden, man muss sich selbst als krank bzw. eingeschränkt gesund akzeptieren lernen, die beruflichen und sozialen Lebensumstände müssen adaptiert werden. Chronische SchmerzpatientInnen verfügen deshalb nicht nur über eine langjährige Erfahrung mit ihrer Erkrankung, ihrem Management und Formen der ärztlichen Betreuung, sie sind auch anders als PatientInnen mit Akutschmerz stärker an Fragen zu therapeutischen Maßnahmen und Krankheitsbewältigung interessiert als an Fragen der Diagnostik und Ursachenklärung.

Das ärztliche Gespräch bekommt in der Behandlung von chronischen Erkrankungen eine spezielle Bedeutung, die über einzelne Schmerz- und Krankheitsdarstellungen und einzelne Behandlungstätigkeiten hinausgeht und über die Rahmenbedingungen von Akutbehandlungen. Die Aufgaben der ärztliche Gesprächsführung sind es, die unterschiedlichen und wechselnden Erfahrung und Präferenzen der PatientInnen angemessen zu erheben, auf die speziellen Anliegen einzugehen, die PatientInnen zu gemeinsamen Entscheidungsprozessen aktivieren, Informationen verständlich vermitteln, Beratungen durchführen etc.

3.6 Konsequenzen und Ausblick

Das vorliegende Datenmaterial stellt sich als besonders komplex heraus, sowohl bezüglich der Erwartungen und Bedürfnissen der PatientInnen wie bezüglich der Anforderungen an eine ärztliche Gesprächsführung, die den Erfordernissen der Institution und der fachlichen Tätigkeit ebenso angemessen sein soll wie den Anliegen der PatientInnen.

Die Verbesserung der Qualität der ärztliche Gespräche lässt sich durch eine Verbesserung der professionellen ärztlichen Gesprächsführungskompetenz erreichen, die darauf ausgerichtet ist, dass ÄrztInnen sich im Sinne einer professionellen Metakompetenz ein kommunikatives Repertoire aneignen, das sie befähigt, angemessen, flexibel und lösungsorientiert auf die aufgezeigten Komplexitäten in Gesprächen zu reagieren, ohne die eigenen Gesprächsaufgaben zu vernachlässigen.

Dieses kommunikative Repertoire umfasst einerseits die unterschiedlichen Formen von Patientenbeteiligung durch die Gesprächsführung der ÄrztInnen, wie sie in den Konzepten der patientenorientierten Gesprächsführung, des Patienten-Empowerment oder der partizipativen Entscheidungsfindung (*Shared Decision Making*) dargestellt sind. Es umfasst aber auch den interaktiven Umgang der ÄrztInnen mit den unterschiedlichen Formen der Gesprächsbeteiligung, wie sie durch die PatientInnen selbst erfolgen, seien es Krankheitsdarstellungen, Krankheitserzählungen, Anliegenformulierungen, Relevanzmarkierungen oder Ähnliches, die

ÄrztInnen Aufschluss geben über Bedürfnisse und Präferenzen der PatientInnen, an Behandlung und Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden.

In einer Weiterführung des Forschungsvorhabens erscheint es sinnvoll, über weitere linguistische Analysen des Datenmaterials einen systematischen Überblick über die unterschiedlichen Realisierungsformen von Beteiligungsangeboten und Beteiligungsversuchen von ÄrztInnen wie PatientInnen und deren interaktive Funktionalität zu gewinnen, als Basis für ein Kompendium zur Verbesserung der Gesprächsführung und der Qualität der ärztliche Konsultationen mit PatientInnen mit chronischen Schmerzerkrankungen.

Diese Veränderungen sind jedoch ohne eine Veränderung der Haltung ("Achtamkeit"), aber auch eine Veränderung von organisatorischen Maßnahmen etc. (vgl. Lalouschek in Redder/Wiese, in Kap. Kultur – Schmerzanamnese/Psychosomatik etc.) nicht denkbar.

4 ANHANG: TRANSKRIPT JSW_PMR

019

A Eintreten bitte. Wie geht s Ihnen?
 P Danke, ja. Na um das dreht sich s ja.
KO ((A und P betreten während des Sprechens den Raum))

020

A Nehmen S bitte Platz!
 P Um das dreht sich s ja!

021

A Ausschauen tun S guat.
A[k] ((A setzt sich hin, bleibt P direkt zugewandt))
 P Ja, ich hab Gott sei Dank wieder mein niedrigeres
P[k] ((P setzt sich hin))

022

A Ja, wieviel Kilo ham S n jetzt? Absichtlich?
 P Gewicht. Ich hab zehn Kilo abgenommen. Nein, durch

023

A Was ham S n
 P Krankheit, wann das ganze (()) wär, war i kaputt.

024

A ghabt? Harnwegsinfekt?
 P Von einer • Pneumonie bis zu an Harninfekt. ((

025

A Und wor der dann zäh oder was? Hot das lange gedauert, ja?
 P)) Ja. Na, des

026

P wor a Schlapp, na. I wü gor nimma davon redn. Es dreht sich jetzt

027

A Ja? Wie
 P um mich. • Passen S auf. ((ea)) Ich bin so quasi austherapiert.

028

A austherapiert? Bei
A[k] ((A wendet
 P Jo, mit meiner • Dings. Ich habe Schmerzen.

029

A wem worn S n, Frau Magister? Bei der Frau Doktor AW?
A[k] ((sich ab, schaut in Unterlagen auf Schreibtisch))
 P AW, ja.
KO0:47

030

A Wart, i schau mal eine, ob sie wos diktiert hot.
A[k] ((A zieht Tastaturauszug unter Tischplatte heraus und betätigt Computer))
 P Na ja, wias/ ich soll

031

A Jo, wir redn jetz eh, tuan S ma erzählen, ((ea))
 P im September wieder kommen.

032

A i muass nur gleichzeitig in Computer bedienen.
 P Ja. Ja, ja. Und, ••• ich hab s ah/

033

A Bei der Frau Doktor
 P ich war auf der HTX oben, (())

034

A	SW?	Des moch ma do, des, schrecken Sa si net.
P		Ja ja, i bin,/ •• etwas, ach Gott!
P[k]		
KO		((P nestelt an Pflaster von Blutabnahme auf Unterarm rechts,
035		
A		Net, net, net anziagn! Woart, des moch ... Jo /
P	Nein.	((2s)) Des pickt so gut.
KOA		wendet sich ihr zu und hilft ihr, es abzukriegen))
036		
A		Warum?
A[k]		((A wirft Pflaster weg und wendet sich wieder Computer zu))
P		so, dankschön. Ich bin sozusagen ungehalten, ((ea)) Warum?
037		
A		Waß die Linke net, was die Rechte macht, ja.
P	Weil in diesem <u>riesen</u> Haus, wo ah <u>international</u> alles is,	
P[k]		((lauter))
038		
P		aber eine Schmerztherapie nicht zu machen is, ((ea)) und dass i mich heut noch
039		
P		amal unter a Messer leg, mit 77, sein S ma net bö, des mach ich nicht
KO 1:37		
040		
A	Jo, • versteh i.	Warum jetzt? Wegen der
P	mehr. Ja?	Des, des ... Jo <u>nein</u> , ich iiiii/
041		
A	Wirbelsäule.	
P		Wegen der <u>Wirbelsäule</u> . • Ich hab <u>Schmerzen</u> .
042		
A		Des geht irgendwie,
A[k]		((A klopft heftig auf Tastatur)) ((A versucht, in spitals-
P		Der L1 und der L2, die sind zusammengequetscht,
043		
A		geht des jetzt net,
A[k]		interne Datenbank zu gelangen))
P		undd, • ((ea)) jetzt hab ich a Arthrose im Knie! Ich darf nicht
044		
A		Warum dürfen S wegen einer Arthrose net
P		amal mehr <u>Rad</u> fahren.
045		
A	Rad fahren?	Dürfen tuan S schon, <u>kennan</u> tuan S net!
P		Weil s <u>weh</u> tuat!
046		
A		(Sie müssen als) Lehrerin das richtige <u>Modal</u> verb nehmen.
A[k]		((A gibt Computer "auf", wendet sich P wieder direkt zu)
P		Könnan, ja!
P[k]		
047		
A	((lacht))	Dess/ Herr Nachbar, heut san S aber ekelhaft. ((
A[k]		((A schaut auf Piepser, beugt sich zur hausinternen
P	Ja, ja, ja, na gut, ja.	I hob ...
P[k]		((seufzend lachend))
KO		((Piepser von A läutet, "Nachbar" ist Arzt nebenan))
048		
A) D? ((eigener Name)) Jetzt geht s aba nicht!
A[k]		Sprechanlage, tippt Nummer ein))

KO					<i>((männliche Stimme</i>
049	A	Jo, des mog scho sein, muass a bissel waartn. Jetz hob i grad			
		<i>KO aus Lautsprecher))</i>			
050	A	wenn do sitzen. Zwanzig Minuten! Aaber • in Warteposition. Danke.			
	P				
	KO				<i>((Stimme aus</i>
051	A	Bitte? Vorderhand net bitte Roland, weil_		Njo, jo. Danke!	
		<i>KO Lautsprecher))</i>		<i>((Stimme))</i>	
052	A	So, jetzt wieder zruck! I kann nämlich ihre Krankengeschicht net auf_			
	A[k]	<i>((A wendet sich P direkt zu, tippt seitlich auf Tastatur))</i>			
053	A	lustigerweise, Der Computer weiß a net, wos die Dings			
	P	Ah so?			
054	A	mocht. I weiß net, worscheinlich/ wissen S eh, das/ des KIES,			
	A[k]				
	P	Aha, na bitte			
	KO				<i>((Name Datenbank))</i>
055	A	des spinnt manchmal. I kann nix aufrufen. Sie <u>erzählen</u> mir was los is.			
	A[k]				<i>((A schiebt Tastaturauszug zurück))</i>
	P	Naja, des is/ ja, <u>na</u> ...			
056	A	Mach ma s so. Des is eh gscheiter.		Na, schau ma s	
	P	Jo.		Na, so lang Zeit ham S gar net!	
057	A	amoi. <i>((lacht))</i> Dass Sie mir das erzählen könnten. Des <u>Wichtigste</u> , die			
	P	Aber <i>((lacht))</i>		Ja. • Nein.	D/
	P[k]			<i>((lachend))</i>	
058	A	Eckpunkte.			
	P	Die Eckpunkte sind, dass ich wie gsagt, mit <u>Tabletten</u> , mit			
	KO	<i>((P spricht ab hier sehr prononciert, auch gestisch – bis 052))</i>			
059	A	Welches Pflaster, Turogesik			
	P	<u>Pflaster</u> , mit allen <u>Möglichen</u> versucht hab			
	KO 3:08				
060	A	oder das Transdek?		Turogesik?	
	P	Des, dieses ähm, äh		Kann sein, ja.	
061	A	Fentanyl is drinnen.		Ja, ja.	
	P	Des/ äh na jedenfalls dieses Opiat da.			
062	P	Ja. I hab/ich hab, • entschuldigen den Ausdruck,			
063	A	Ja. Ja, ja.			
	P	gespieben und gekotzt, wie ein Gerberhut, ja? Auf Grosse, auf			
064	A	Ja.			
	P	Kleine, gholfen hat s <u>überhaupt</u> nix. Das <u>is</u> es ja. Mir <u>nutzt</u> nichts! I/ Die			
065					

P	Nebenerscheinungen san vü höher, als <u>das</u> warum ich s <u>schlucken</u> soll.
P[k]	((<i>lauter</i>))
066	
A	Ja, ja.
P	Ja? • Ah, also was <u>kann</u> ich machen? Jetz hat/Jetz bin ich eben
067	
P	heroben voller Zurn. Na, es ist wirklich wahr, a/ a/ olles Mögliche wird da
P[k]	((<i>lachend</i>))
068	
P	gmacht, nur a Schmerztherapie ((ea)) <u>kann</u> man hier nicht machen.
P[k]	((<i>zitierende Intonation</i>))
069	
P	Jetzt hat die SW eben gmeint, ich soll nach Harbach oder so
KO	((<i>SW = Spitalsärztin, s. 016</i>))
070	
A	Auf <u>Kur</u> . Ja. • Das <u>wollen</u> Sie?
P	irgendwie. Auf <u>Kur</u> . Mir is es wurscht! Jaa!
071	
A	Ja, ja.
P	Ich geh nur nicht unter s <u>Messer</u> , olles andere <u>moch</u> i! ((ea)) Ich
072	
A	Des waß i, jo.
P	bin a ganzes Jahr, jedn zweiten Tog da <u>herkommen</u> .
073	
A	hm. Des wiss ma, wiss ma, ja. • No, <u>gehn</u> S auf
P	<u>Ja</u> . I bin jo a brave Patientin.
074	
A	Kur! Auf jeden Fall.
P	Ja, <u>halten</u> Sie was davon? Wissen Sie was <u>Besseres</u> ? Ich hab keine
075	
A	Ja, Harbach,
P	<u>Ahnung</u> . Kennan sie mir <u>irgend</u> etwas anderes anbieten?
076	
A	Hohegg, also Sie kennan (()) Mö/ Wollen Sie das nicht?
P	Hohegg is a <u>Bledsinn</u> !
077	
A	(()) Waren
P	Das/ passen S auf, um das dreht s sich s ja. Ich war ja viele Jahre Hohegg,
078	
A	Sie immer in Hohegg, ja?
P	und (()) noch, • <u>aber</u> , i kann ja net nauf und nit, ich kann
P[k]	((<i>lauter, betonter</i>))
KO4:34	
079	
A	Ja, ja.
P	ja nicht mehr berg <u>auf</u> gehen! Wann i in Hohegg bin, hab ich • ah • zehn
080	
A	Ja.
P	Quadratmeter <u>Lauffläche</u> . Entweder i muass <u>runter</u> gehn, nja dann muass
081	
A	Ja, ja, des stimmt. Stimmt.
P	i <u>nochher</u> raufgehn. Ja? Oder i geh <u>glei</u> rauf, do bin i
082	
A	Ja, ja.
P	erschöpft, wann i beim ersten Bankl bin. Ich <u>hab</u> nichts. Ich hab
083	

A	Und Harbach?
P	<u>Schmerzen</u> . Wie schaut <u>das</u> dort aus? Ich kenn s net. Jo do müsst i
084	
A	Muss ma halt kalt/ muss ma halt kaltes Moor und solche Sachen
P	mi so
085	
A	mochen, außer sie <u>vertrogn</u> des warme Moor. Wie war s n bei <u>uns</u> ?
086	
A	Und Na und hom S bei uns nie a Wärme kriegt?
P	Das <u>weiß</u> ich nicht. Hab ich nie kriegt da hier. Wärme
P[k]	
087	
A	In welcher Form?
A[k]	((A blättert in den Unterlagen))
P	hab ich bekommen, aber äh • In Form einer/ einer/

5 LITERATUR

- Anderson, B./Funell, M.M. 2005. *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators with CDROM*. 2. Aufl. American Diabetes Association: U.S.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. 2005. Checkliste für gute Arztpraxis. Download www.azg.de: Berlin
- Balint, M. 1964. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. (dt. 1991). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barry, C./Bradley, C./Britten, N./Stevenson, F./Barber, N. 2000. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000, 320, 1246-1250.
- Bayoumi, A.M./Bravata, D. 1998. The language of case histories. *Ann Intern Med.* 1998; 128: 876.
- Belcher, V. N., Fried, T. R., Agostini, J. V., Tinetti, M. E. 2006. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of general internal medicine*, 21(4), 298-303.
- Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (Hrsg.) 2005. *Shared Decision-Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. Ein Chartbook. Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.
- Bieber, C. et al. 2005. Der Einfluss Partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) auf die Behandlungszufriedenheit von chronischen Schmerzpatienten. In: Härter, M./ Loh, A./ Spies, C. (Hrsg.) 2005. *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln*. Deutscher Ärzteverlag: Köln. 145-154.
- Bissell, P./ May, C./ Noyce, P.R. 2004. From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine*, 2004, 58,4, 851-862.
- Bliesener, T. 1982. *Die Visite – ein verhinderter Dialog*. Narr: Tübingen.
- Brennan, T. et al. 2002. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. *Annals of Internal medicine* 2002, 136(3), 243-246.
- Britten, N./ Gafaranga, J. (2003). "Fire away": The opening sequence in general practice consultations. *Family practice*, 20(3), 242-247.
- Broom, A. (2005). Virtually He@lthy: The impact of internet use on disease experience and the doctor-patient relationship. *Qualitative health research*, 15(3), 325-345.
- Brown, R., Butow, P. N., Henman, M., Dunn, S. M., Boyle, F., Tattersall, M.. (2002). Responding to the active and passive patient: Flexibility is the key. *Health expectations* 5(3), 236-245.
- Brünner, G. 1999. Medientypische Aspekte der Kommunikation in medizinischen Fernsehsendungen. In: Bühlig, K./Matras, Y. (Hg.) 1999. *Sprachtheorie und sprachliches Handeln*. Stauffenburg: Tübingen. 23-42.
- Brünner, G. 2005. *Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation*. In: Neises, M., Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 90-109.
- Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. *Krankheit verstehen*. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Aisthesis: Bielefeld.
- Charles, C./Gafni, A./Whelan, T. 2000. How to improve communication between doctors and patients. *British Medical Journal* 2000, 320. p. 1220-1221.
- Charmaz, K. 1995. Identity Dilemmas of Chronically Ill Men. In: Sabo, D./ Gordon, D.F. (eds.) 1995. *Men's Health and Illness. Gender, Power and the Body*. Sage: London. 266-291.
- Charmaz, K. 2000. Experiencing Chronic Illness. In: Albrecht, G., Fitzpatrick, R./ Scrimshaw, S. (eds.). 2000. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage: London. 277-293.
- Cicourel, A.V. 1995. Medical Speech Events as Resources for Inferring Differences in Expert-Novice Diagnostic Reasoning. In: Quasthoff, Uta M. (ed.) *Aspects of Oral Communication*. de Gruyter: Berlin/NY.
- Drew, P./Soronjen, M.-L. 1997. Institutional Dialogue. In: van Dijk, T. (ed.) 1997. *Discourse as Social Interaction*. Discourse Studies 2. Sage: London. 92-118.
- Ehlich, K./Rehbein, J. 1980. *Kommunikation und Institution*. Narr Verlag: Tübingen.
- Ehrlich, M. 2002. Identification/chief complaint. *JAMA* 2002; 287: 1184-1185.
- Elwyn, G. 2001. *Shared decision making: patient involvement in clinical practice*. Diss, Nijmegen.

- Elwyn, G./Edwards, A./Rhydderch, M. 2005. Shared Decision Making: das Konzept und seine Anwendung in der klinischen Praxis. (Übersetzung von Daniela S. und M. Hüter). In: Härter, M./Loh, A./Spies, C. (Hrsg.) 2005. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Deutscher Ärzteverlag: Köln. 3-12.
- Fiehler, R. 1990. Kommunikaton und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion. de Gruyter: Berlin.
- Ford, S./ Schofield, T./ Hope, T. (2006). Observing decision-making in the general practice consultation: Who makes which decisions? *Health expectations*, 9(2), 130-137.
- Gabe, J./ Bury, Mike/Elston Mary Ann. 2004. Key Concepts in Medical Sociology. Sage: London.
- Gülich, E. 1981. Dialogkonstitution in institutionell geregelter Kommunikation. In: Schröder, P./ Steger, H. (Hg.) 1981. Dialogforschung. Schwann: Düsseldorf.
- Gülich, E. 1999. "Experten" und "Laien": Der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: *Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht*, Hg. von der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften und Sächsische Akademie der Wissenschaften. Georg Olms Verlag: Hildesheim. 165-196.
- Härter, M./Loh, A./Spies, C. (Hrsg.) 2005. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag: Köln.
- Haskett, T. 2006. Chronic Illness Management: Changing the System. *Home Health Care Management Practice* 2006, 18, 492-494.
- Haynes, R./Taylor, D./Sackett, D. 1982. Compliance-Handbuch. Oldenbourg: München.
- Heritage, J./Maynard, D.W. (Hrsg.) 2006. Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. CUP: Cambridge.
- Kleinman, A. 1988. The Illness Narratives. Suffering, Healing/the Human Condition. Basic Books: New York.
- Koerfer, A. Obliers, R./Köhle, K. 2005. Das Visitengespräch – Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, M./Dietz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hg.) Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 256-284.
- Koerfer, A./Köhle, K./Obliers, R. 1994. Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A./Wiese, I. (Hg.) 1994. Medizinische Kommunikation. Westdeutscher Verlag: Opladen. 53-94.
- Koerfer, A./Obliers, R./Köhle, K. 2005. Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung. In: Neises, M./ Ditz, S./ Spranz-Fogasy, T. (Hrsg). 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.137-160.
- Köhle, K./Raspe, H.-H. (Hg.) 1982. Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen. Urban/Schwarzenberg: München.
- Lalouschek, J. 2002a. Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Untersuchung zu Formen des ärztlichen Gesprächs (Neuaufgabe 1995). Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell (download www.verlag-gespraechsforschung.de).
- Lalouschek, J. 2002d. "Hypertonie?" – oder das Gespräch mit PatientInnen als Störung ärztlichen Tuns. In: Fiehler, R. (Hg.) 2002. Kommunikationsstörungen – gestörte Kommunikation. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell. 97-115.
- Lalouschek, J. 2002b. Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch. In: Brünner G./ Fiehler, R./ Kindt, W. (Hrsg) 2002. Angewandte Diskursforschung: Grundlagen und Beispiele. Band 1. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell. 155-173.
- Lalouschek, J. 2002c. Nimmermüde – immer müde. Zur soziokulturellen Symbolik und medialen Präsentation des Chronischen Erschöpfungssyndroms. In: Brünner, G./Gülich, E. (Hg.) 2002. Krankheit verstehen. Aisthesis-Verlag: Bielefeld. 209-234.
- Lalouschek, J. 2005b. Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung – am Beispiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, M./Ditz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hrsg). 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 48-72.
- Lalouschek, J. 2005a. Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Gesundheitssendungen und Talkshows. Verlag für Gesprächsforschung: Radolfzell.

- Lalouschek, J. 2007. Medizinische und kulturelle Perspektiven von Schmerz. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt "Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung". <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm>.
- Lalouschek, J./Menz, F./Wodak, R. 1990. Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten. Narr: Tübingen.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L. et al. 2004. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: A comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health and Illness*, 2004, 26, 2, Mar, 26(2), 135-158.
- Menz, F./ Lalouschek, J./ Gstettner, A. 2008. Effiziente ärztliche Gesprächsführung. Optimierung kommunikativer Kompetenz in der ambulanten medizinischen Versorgung. LIT-Verlag: Wien.
- Müller, K. et al. 2004. The process of shared decision making in chronic pain patients. evaluation and modification of treatment decisions. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 98(2), 95-100.
- Neises, M./Ditz, S./Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- Petermann, F. 1998. Compliance und Selbstmanagement. Verlag für Psychologie: Göttingen.
- Quasthoff, U. 1990. Das Prinzip des primären Sprechers, das Zuständigkeitsprinzip und das Verantwortungsprinzip. In: Ehlich, K. et al. (Hg.) 1990. Medizinische und therapeutische Kommunikation, Westdeutscher Verlag: Opladen. 66-81.
- Rehbein, J./Löning, P. 1995. Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchungen von Gesprächen in der Facharzt-Praxis. Hamburg (Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 54).
- Rogers, A. et al. 2005. Uncovering the Limits of Patient-Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness. *Qualitative Health Research* 2005, 15, p. 224-239.
- Sarangi, S. 2001. On demarcating the space between 'lay expertise' and 'expert laity'. *Text*, 2001, 21, 3-11.
- Sarangi, S./Roberts, C. (eds.) 1999. Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. de Gruyter: Berlin.
- Sator, M. 2003. Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz. Wien, Univ., Dipl.-Arb.
- Sator, M. 2006. Schmerzdifferenzierung. Eine gesprächsanalytische Annäherung in drei Fallanalysen. Arbeitspapier zum Forschungsprojekt "Schmerzdarstellung und Krankheitserzählung". <http://www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Schmerzprojekt/de/berichte.htm>.
- Scheibler, F. 2006. Shared Decision-Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Hans Huber: Bern.
- Scheibler, F./Pfaff, H. (Hrsg.) 2003. Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa: Weinheim.
- Schweickhardt, A./Fritzsche, K. 2007. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag: Köln.
- Spranz-Fogasy, Thomas 2005. Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnungen und Beschwerdenexploration. In: Neises, M./ Ditz, S./ Spranz-Fogasy, T. (Hrsg.) 2005. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart. 17-47.
- Stevenson, F.A. et al. 2002. Perceptions of Legitimacy: The Influence on Medicine Taking and Prescribing. *Health* 2002, 6, 85-104.
- Stewart, M. et al. 1995. Patient-centered medicine. Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Trummer, U. et al. 2003. Koproduktion durch Empowerment. Mehr Qualität durch verbesserte Kommunikation mit Patient/innen in der Chirurgie. BM für Gesundheit und Frauen: Wien.
- Wodak, R./Lalouschek, J. 1997. Ärztliche Sprachlosigkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: *wiener klinische wochenschrift* 19/1997. 781-791.
- Spiegel, C. 2006. Die Gesprächsanalyse den GesprächsanalytikerInnen. Vortrag am 40. Treffen des Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung (40. AAG, Mai 2006, Uni Freiburg), Schwer-

punktthema: Transkription (http://www.linse.uni-due.de/linse/aag/treffen/treffen40/AAG_Tagung_Freiburg.pdf)