

Rezension zu: John Heritage / Douglas W. Maynard (Hg.), Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press 2006¹

Peter Nowak

Richard M. Frankel (2000) ließ keinen Zweifel an der zunehmenden Bedeutung von linguistischen Analysen für die Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Interaktion. "Sociolinguistic turn" war sein Schlagwort. Das hier vorgestellte Sammelwerk könnte als gelungener Ausdruck für diese Suche nach differenzierten und systematischen Analysen zur Arzt-Patient-Interaktion gesehen werden. Damit steht das Buch in einer langen Reihe von Sammelbänden, die mit Tanner (1976), Atkinson/Heath (1981) und Fisher/Todd (1983) für den angloamerikanischen Raum begann und mit Siegrist/Hendel-Kramer (1979) und Köhle/Raspe (1982) ihren deutschsprachigen Anfang nahm. Drei Besonderheiten heben das Werk heraus:

- Es kann auch - und damit wendet es sich an die linguistisch interessierten Leser/innen - mit seinen vielfältigen Analysen von hunderten Transkriptausschnitten als exemplarisches Sammelwerk der *Konversationsanalyse* gelesen werden.
- Das Buch versammelt die großen Namen der US-amerikanischen, britischen und finnischen Diskursforschung und gibt damit einen aktuellen Überblick über den *Forschungsdiskurs im angloamerikanischen Raum* und bietet mit seiner umfangreichen Bibliografie einen guten Zugang zu diesem Forschungszusammenhang.
- Diese Artikelsammlung stellt das Arzt-Patient-Gespräch in der *niedergelassenen Praxis* ins Zentrum, das bisher in deutschsprachigen Sammelbänden wenig Berücksichtigung fand, wo in erster Linie Krankenhauskontexte analysiert wurden.

Insgesamt beinhaltet das Buch eine beeindruckende Sammlung von 13 Einzelanalysen, die in Summe 936 Arzt-Patient-Interaktionen untersuchen und die in ihrer Abfolge prinzipiell nach den chronologisch funktionalen Gesprächsphasen der ersten großen Feldforschung von Byrne und Long (1976) strukturiert sind. Von der Eröffnungsinitiative bis zum Gesprächsabschluss und darüber hinaus (Telefonate im ärztlichen Bereitschaftsdienst) werden im Fokus und in der theoretischen Argumentation recht unterschiedliche Analysen vorgelegt. Methodisch versucht das Buch den Bogen von konsequent konversationsanalytischen Mikroanalysen bis zu quantitativen Verfahren zu spannen. Dies wird schon im Vorwort von Debra Roter deutlich, die selbst das derzeit wohl am häufigsten eingesetzte quantitative *Ratingsystem* für Arzt-Patient-Interaktion (vgl. Roter/Larson 2002) entwickelt hat. Die folgende Zusammenfassung stellt die Beiträge vor und bewertet sie jeweils kurz.

¹ Das Buch ist als Paperback (ISBN: 0521628997; 23.99, US\$ 39.99) und als Hardback Edition (ISBN: 0521621232; 60.00, US\$ 90.00) erschienen.

1. Zusammenfassung(en)

Nach einem kurzen Schwenk über die Klassiker der Arzt-Patient-Interaktion unterscheiden John Heritage und Douglas Maynard in ihrer Einleitung zwei große Forschungstraditionen zur Arzt-Patient-Interaktion: "Prozessanalysen" und "Mikroanalysen von Diskursen". Für Erstere wird insbesondere das *Ratingsystem* von Debra Roter diskutiert, das derzeit vielfältig Anwendung findet, weil ein quantitativer Überblick über die Interaktionsprozesse damit möglich wird. Kritik wird an den groben Kategorisierungen dieser Prozessanalysen geübt: Inhalt, Kontext und Bedeutung von Interaktionszügen könnten so nicht ausreichend erfasst werden. Der kurze Aufriss der historischen Entstehung von mikroanalytischen Verfahren aus ethnografischen und interpretativen Methodologien lässt die klare Präferenz der Autoren für diese methodische Richtung deutlich werden. Dennoch wollen sie als Konzession an das quantitative Paradigma auch erste integrative Ansätze von qualitativen und quantitativen Vorgehensweisen in diesem Buch präsentieren. Die folgende kurze Einführung in die Methoden der Konversationsanalyse ist ebenso gelungen, wie die Erläuterung der drei Analyseebenen der Arzt-Patient-Interaktion:

- die übergreifende Gesprächsstrukturierung, der der Aufbau des Buches folgt;
- die Sequenzorganisation;
- das *turn design*, die Ausgestaltung einzelner Redebeiträge.

Hier schließt auch die konversationsanalytisch geprägte zentrale Botschaft des Buches an (S.20):

it is that ordinary norms and practices of language use and social interaction exert a powerful and systematic influence on the texture and features of medical visits, [...].

Im ersten analytischen Beitrag des Buches widmet sich *Jeffrey Robinson* der Eröffnungsinitiative des ärztlichen Gesprächs und der anfänglichen Formulierung des Patientenanliegens. Unterschiedliche Frageformulierungen des Arztes / der Ärztin – und nicht nur die einfache Unterscheidung in offene und geschlossene Fragen – prägen unterschiedliche Typen von Patientenanliegen. Dabei scheinen sich Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en an drei Typen von Gründen zu orientieren, warum Patient/inn/en in die ärztliche Sprechstunde kommen: neue Anliegen, Folgeanliegen aus vorangegangenen Erstgesprächen und chronische Routineanliegen der Patient/inn/en. Der Autor kann zeigen, dass die klassische, als offen eingestufte Eröffnungsfrage "Wie fühlen Sie sich?" im Kontext des ärztlichen Gesprächs einen engen biomedizinischen Fokus zum Ausdruck bringen kann. Im besonderen geben die ärztlichen Eröffnungsfragen den Patient/inn/en Einblick in drei Aspekte des Vorverständnisses des Arztes/der Ärztin über das Gespräch: 1) wie viel Vorwissen der Arzt/die Ärztin über den jeweiligen Patienten hat; 2) welche Beziehung zwischen den Gesprächspartner bereits vorgängig etabliert ist; 3) welche Bereitschaft zum Zuhören der Arzt/die Ärztin hat. Die passende Formulierung dieser Eröffnungsfrage wird damit zu einem entscheidenden Punkt für den Aufbau von Vertrauen und Glaubwürdigkeit des Arztes/der Ärztin und damit auch für die Kooperationsbereitschaft der Patient/innen. Insgesamt ist Jeffrey Robinsons Beitrag ein brillanter Beginn, der wohlstrukturiert und konsequent

argumentiert (inklusive einer überzeugenden Integration quantitativer Ergebnisse), wie der Arzt durch seine erste Frage nach den Beschwerden definiert, welcher Art diese Beschwerden sind, wie auch ein missglückter Beginn durch den Patienten pariert, sanktioniert und korrigiert wird.

John Heritage und *Jeffrey Robinson* zeigen im zweiten Beitrag anhand eines großen Korpus von 300 Gesprächen die Bedeutung der Frage auf, ob der Patient / die Patientin mit einer "doctorable" Beschwerde kommt, ob er/sie also Beschwerden hat, die einen Arztbesuch rechtfertigen. Eine ausreichende Beschwerdeschilderung ist von vielfacher Bedeutung für das Ergebnis des Arztbesuches als auch für die weiterführende Betreuung. Aber vielfach scheinen Patient/inn/en insbesondere in akuten Krankheitsfällen zunächst damit beschäftigt, nachzuweisen, dass sie einen gerechtfertigten Grund für den Arztbesuch haben. Beschwerdeschilderungen werden daher ergänzt: mit Erzählungen über Dritte, die ihnen zum Arztbesuch geraten haben; mit Erläuterungen des anhaltenden Charakters der Beschwerden; oder mit Schilderungen von Selbstmedikationsversuchen. Die grundlegende Spannung zwischen den unterschiedlichen Perspektiven von Laien und Ärzt/inn/en, ob eine behandlungswürdige Erkrankung vorliegt, werden also in diesen Sequenzen deutlich. Letztlich wollen Patient/inn/en in ihrer subjektiven Einschätzung ernst genommen werden. Andernfalls werden sie zunächst die Legitimation ihres Arztbesuches gegenüber allen anderen Gesprächsinhalten interaktiv durchsetzen, so schließen die Autoren. Insgesamt eine schön erzählte und vielfältige Analyse.

Timothy Halkowsky geht in seiner Analyse von 25 Gesprächen auf einen anderen Aspekt der Beschwerdeschilderungen ein, nämlich die "Entdeckungsgeschichten" der Erkrankung. In diesen Erzählungen kommt ein patientenseitiges Dilemma zum Ausdruck: während der Patient / die Patientin das ärztliche Informationsbedürfnis stillen möchte, soll die diagnostische Unsicherheit auf Patientenseite deutlich werden. Patient/inn/en versuchen kompetent in der genauen Symptombeschreibung zu erscheinen, aber nicht übersensibel oder wiederum zu lax in ihrem Umgang mit Symptomen. Ein "moralisches" Problem der Patientenrolle komme hier zum Ausdruck, das (wie auch im Beitrag davor dargelegt) die Patient/inn/en mit der Frage belastet, ob sie zurecht in der ärztlichen Sprechstunde sitzen. Patient/inn/en haben dafür immer auch Erklärungsmodelle, die zu elizitieren eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Arzt-Patient-Interaktion als auch für die folgende Behandlung ist. Insgesamt ist dieser Beitrag mühsamer zu lesen, voll von Transkriptausschnitten, die aus nicht deutlich beschriebenen Gründen redundante und langwierige Rekonstruktionen und Analysen nach sich ziehen.

Virginia Teas Gill und *Douglas W. Maynard* konzentrieren sich auf die Frage, wie Ärzte und Ärztinnen mit Krankheitserklärungen bzw. -theorien der Patient/inn/en im Gespräch umgehen und wie Patient/inn/en diese Erklärungen im Gespräch platzieren. Insbesondere wird auf das grundlegende Dilemma eingegangen, dass Patient/inn/en in ihrer Laienperspektive der (bio-) medizinischen Perspektive widersprechen. Die Grundorientierung der Patient/inn/en in der Phase der Beschwerdenexploration scheint zu sein, dass sie ihre Erklärungen so platzieren, dass sie den Frageprozess nicht unterbrechen oder stören. Die Untersuchung zeigt zwei Möglichkeiten Krankheitstheorien in dieser Phase zu platzieren: Die Symptomatik wird explizit durch eine Erklärung begründet oder es wird ein Zusam-

menhang zwischen Symptomatik und Lebensumständen angedeutet. Patient/inn/en formulieren ihre Erklärungen dabei fast immer als "Versuchsballon", der den Arzt / die Ärztin zu keiner sofortigen Reaktion zwingt. Dies gilt insbesondere für angedeutete Erklärungen. Aber auch explizite Erklärungen werden als Spekulationen oder "lautes Denken" formuliert bzw. mit einer Rückkehr zur Symptombeschreibung beendet, so dass keine ärztliche Reaktion folgen muss. In seltenen Fällen (in dieser Studie in drei von 85 Krankheitserklärungen) formulieren Patient/inn/en explizite Fragen zu ihrer Krankheitstheorie, d.h. sie fordern eine Bewertung durch den Arzt / die Ärztin ein. Dabei beziehen sie sich immer auf die Meinungen Dritter. Die ärztliche Reaktion auf Krankheitserklärungen der Patient/inn/en kann in seltenen Fällen unmittelbar ablehnend oder zustimmend erfolgen, bleibt aber meist sehr vorsichtig. Ein anderes, ärztliches Reaktionsmuster besteht im vertieften Weiterfragen nach der Symptomatik, die in Verbindung mit der von den Patient/inn/en geäußerten Krankheitserklärung steht, meist allerdings ohne direkt auf sie Bezug zu nehmen. Die Autor/inn/en schließen daraus, dass sich beide Gesprächspartner/inn/en stark an dem übergreifenden Gesprächsablauf orientieren, d.h. interaktiv und gemeinsam (und nicht einseitig durch den Arzt gesteuert) an der Erhebung der Symptomatik orientiert bleiben. Damit widersprechen sie früheren Studien, die annahmen, dass Ärzte und Ärztinnen einseitig, ja routinemäßig Krankheitstheorien der Patient/inn/en ignorieren oder ablehnen und ihre medizinische Perspektive den Patient/inn/en aufzwingen. Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Patientenperspektive für die Erstellung einer adäquaten Diagnose und der erfolgreichen Umsetzung einer Therapie schließen die Autor/inn/en aus ihren Ergebnissen, dass die ärztlichen Gesprächspartner/inn/en sensibler auf Andeutungen von Krankheitstheorien reagieren und diese nicht unbeantwortet stehen lassen sollten. Insgesamt eine sehr überzeugende Analyse.

Elizabeth Boyd und *John Heritage* untersuchen Frageaktivitäten während der Erhebung der Krankengeschichte anhand eines einzigen Falles. Grundlegend wird gezeigt, dass (ärztliche) Fragen alles andere als neutral sind und zumindest drei wesentliche Aspekte aufweisen: sie etablieren ein Thema, sie setzen Inhalte voraus und sie geben präferierte Antwortvorgaben. In allen drei Aspekten können Patient/inn/en den Festlegungen folgen oder auch diesen widerstehen. Besonderes Augenmerk legen die Autor/inn/en auf die Möglichkeiten der Patient/inn/en den diversen Vorgaben der ärztlichen Fragen zu widerstehen bzw. sie subtil zu unterlaufen. Zwei weitere Prinzipien bilden den zweiten Analysefokus: 1) das Optimierungsprinzip etabliert 'den besten Fall' bzw. 'kein Problem' als präferierte Antwort; 2) das Prinzip der Rezipientenorientierung verlangt eine grundlegende Sensitivität gegenüber den vom Gesprächspartner präferierten Antworten. Insgesamt leiten Boyd und Heritage ein Paradoxon für den Arzt / die Ärztin ab, in dem sie nie ohne Vorgaben oder Erwartungen über sich selbst, die Patient/inn/en und ihre Beziehung kommunizieren können, die ihrerseits die Antworten der Patient/inn/en mitgestalten. In der folgenden Analyse von Routinefragen und Fragen nach dem Lebensstil wird noch einmal der ko-konstruktive Charakter von Frage-Antwort-Sequenzen unterstrichen. In ihrem Resümee betonen die Autor/inn/en, dass trotz vielfältiger normativer Einschränkungen durch die ärztliche Frageformulierung Patient/inn/en in ihren Antworten ebenso vielfältige Möglichkeiten haben, sich von diesen frei zu machen und alternative Themen zu lancieren, Vorannahmen in

Frage zu stellen und präferierten Antworten zu widerstehen. Heritage und Boyd bieten einen systematischen und dichten Beitrag mit überzeugenden Transkriptanalysen.

Christian Heath, einer der Pioniere der Erforschung von Arzt-Patient-Interaktion (Attkinson/Heath 1981) wendet sich der Frage zu, wie Arzt und Patient den Körper des Patienten zu einem Ort klinischer Arbeit transformieren. Es ist alles andere als selbstverständlich, dass ein Arzt/eine Ärztin den Körper eines Patienten / einer Patientin inspiziert und berührt. Darüber hinaus bedarf die körperliche Untersuchung fast immer der kompetenten Kooperation des Patienten / der Patientin, um erfolgreich zu sein. Ärzte/Ärztinnen müssen also mit potentiellen Schamgefühlen umgehen und Patient/inn/en zur Kooperation anleiten. Die körperliche Untersuchung kann von beiden Gesprächspartnern initiiert werden. Anhand einer Videoanalyse einer einzigen Arzt-Patient-Interaktion zeigt Heath, wie die Patientin während der körperlichen Untersuchung eine mittlere Distanziertheit einnimmt, in der sie weder den Arzt anblickt noch die Untersuchungsstelle, aber aufmerksam auf die Untersuchungstätigkeiten des Arztes reagiert oder diese sogar antizipiert. Der Arzt seinerseits blickt nur auf die Untersuchungsstelle, vermeidet den Augenkontakt und spricht wenig während der Untersuchung. Heath interpretiert diese mittlere Distanziertheit der Gesprächspartner sowie die systematische Transformation des eigenen Körpers und der Körperwahrnehmung in ein klinisches Untersuchungsobjekt durch die Patient/inn/en als Manifestation der Krankenrolle *par excellence*. Heath ist überzeugend in seinen Interpretationen, aber auch redundant und langatmig in den Analysen.

Anssi Peräkylä beginnt seine Analyse der Diagnosemitteilung vor dem Hintergrund des grundlegenden "ideologischen" Dilemmas zwischen ärztlicher Autorität und dem geringen Wissen von Patient/inn/en bei der gleichzeitigen Forderung nach partnerschaftlichen Vorgehensweisen. Frühere Studien haben bereits gezeigt, dass selten explizite Diagnosemitteilungen erfolgen. Auf der Basis der Analyse von 100 Arzt-Patient-Interaktionen unterscheidet der Autor drei Typen von Diagnosemitteilungen: 1) Feststellung einer Diagnose, 2) Diagnosefeststellung und ihre diagnostische Ableitung, 3) Diagnosefeststellungen mit ihrer Ableitung aus einer spezifischen Evidenz. Die Diagnosemitteilung bleibt meist sehr knapp, außer wenn die dahinterstehende Untersuchung nicht offensichtlich ist, die Diagnose unsicher oder von den Gesprächspartnern unterschiedlich eingeschätzt wird. Patient/inn/en reagieren auf Diagnosemitteilungen meist gar nicht oder nur mit minimaler Zustimmung, da die Diagnose rein der ärztlichen Verantwortung zugeschrieben wird. Auch quantitativ wird gezeigt, dass längere Patientenreaktionen auf Diagnosemitteilungen häufig kontroversielle Inhalte haben oder auf unsichere bzw. elaborierte Diagnosemitteilungen folgen. Patient/inn/en, die Diagnosen in Frage stellen, tun dies aber zumeist ohne die ärztliche Autorität in Frage zu stellen, z.B. indem sie körperliche Empfindungen oder Alltagserfahrungen in die Diskussion einbringen. Peräkylä schließt aus diesen Beobachtungen, dass die Forderung nach "Patientenzentrierung" oder "Gleichberechtigung" der interaktionellen Realität widerspricht. Vielmehr sollte die professionelle Verantwortung von Ärzt/inn/en mit gemeinsamem Verständnis für die diagnostische Evidenz verbunden werden, um eine gute Partnerschaft zwischen Patient/inn/en und Ärzt/inn/en zu entwickeln.

Douglas W. Maynard und *Richard M. Frankel* vertiefen die Untersuchung von Diagnosemitteilungen als interaktiven Prozess und betrachten Diagnosen, die als "gut", "schlecht" oder unsicher bewertet werden. Die Autoren gehen von einer generischen, vierteiligen "News Delivery Sequence" aus, die an das klinische *Setting* angepasst wird. *Good news* werden knapp und rational mitgeteilt, außer es liegt eine bemerkenswerte Restsymptomatik vor, die ausführlicher besprochen werden muss. *Bad news* werden unter Mitwirkung beider Seiten umschrieben oder verdeckt angesprochen, um die Rationalität des Gesprächs nicht durch starke emotionale Reaktionen zu belasten. Die Möglichkeit eines empathischen Eingehens auf die emotionale Belastung sollte an dieser Stelle von den Ärzt/in/en nicht übersehen werden, auch wenn der/die Patient/in interaktiv "vernünftig" bleibt. Aber auch *good news* können problematisch sein, da dadurch der Anlass für den Arztbesuch in Frage gestellt wird bzw. die aktuelle (Rest-)Symptomatik ungeklärt bleibt und patientenseitig Unsicherheit oder Rechtfertigungsdruck entstehen können. Die Autoren argumentieren vor diesem Hintergrund für mehr Beachtung der Patientenreaktionen in der Forschung und Ausbildung.

Tanya Stivers zeigt in ihrer Analyse von Daten, die vor allem aus der pädiatrischen Arztpraxis stammen, dass die Diagnosemitteilung interaktiv als ärztliche Domäne behandelt wird, während die Aushandlung von Therapieempfehlungen durch Patient/inn/en aktiv mitgestaltet wird. Während Diagnosemitteilungen mit minimalen Hörersignalen quittiert werden können, erfordern Therapieempfehlungen eine explizite Annahme von Seiten der Patient/inn/en, d.h. Therapieentscheidungen werden von den Gesprächspartnern als gemeinsam zu verantworten gesehen. Ärzte und Ärztinnen versuchen diese explizite Zustimmung zu Therapieempfehlungen durch unterschiedliche interaktive Mittel zu erlangen: z.B. Begründungen, Wiederholungen, ergänzende Vorschläge, explizites Elizitieren einer Antwort durch *question-tags* ("okay?"). Das Fehlen von expliziter Zustimmung wird als passiver Widerstand gedeutet, der weitere Verhandlungsschritte erforderlich macht. Patient/inn/en beurteilen einen ärztlichen Therapieempfehlungsvorschlag als unzureichend, wenn 1) keine positive Handlung vorgeschlagen wird, 2) er unspezifisch ist oder 3) die Bedeutung der Erkrankung hinunterspielt. Eine quantitative Analyse von ca. 400 pädiatrischen Therapieempfehlungsvorschlägen zeigt tatsächlich ein signifikantes Ansteigen des Elternwiderstandes bei Empfehlungen, die sich gegen bestimmte Therapien richten. Unter Umständen (z.B. bei explizitem Widerstand der Patient/inn/en gegen die vorgeschlagene Behandlung) bietet der Arzt / die Ärztin auch veränderte Therapieempfehlungsvorschläge an, die teilweise auch medizinisch problematisch sein können (z.B. Verordnung nicht-indizierter Antibiotika). Wenn positive Therapieempfehlungsvorschläge (erste nächste Behandlungsschritte) gleich zu Beginn formuliert werden, ist die höchste patientenseitige Akzeptanz zu erwarten. Stivers argumentiert, dass nur im Fall von patientenseitigem Widerstand die Bedeutung von Patientenbeteiligung in der Therapieentscheidung sichtbar wird, während bei Zustimmung der Patient/inn/en rasch die nächsten Gesprächszüge ohne auffällige Entscheidungsbeteiligung folgen. Patient/inn/en sind also in Therapieentscheidungen mehr (wenn auch oft verdeckt) beteiligt als üblicherweise angenommen wird. Der Beitrag von Stivers steht für einen der wenigen gelungenen Versuche, qualitative und quantitative Analysen zu integrieren.

David Greatbatch konzentriert sich in seinem Beitrag auf das Zusammenspiel von EDV-gestützter Verschreibung und interaktiven Handeln in 80 britischen

Arzt-Patient-Interaktionen, die er mit zwei Videokameras (auf den Bildschirm und auf die Interaktion gerichtet) aufgezeichnet hat. Er zeigt, wie Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en mögliche Störungen durch die ärztliche Computerarbeit interaktiv bearbeiten und "talk-based" und "text-based" Aktivitäten koordinieren. Greatbatch geht dabei davon aus, dass Ärzte/Ärztinnen bemüht sind, Patient/inn/en ihre Verschreibung möglichst verständlich zu machen. Um Zeit im Gespräch zu sparen, versuchen Ärzte/Ärztinnen, während der Dokumentation der Verschreibung am Computer den Patient/inn/en diese zu erläutern. Dabei entsteht das Risiko, dass sich die schriftliche Computerarbeit und die verbale Erläuterung gegenseitig stören. Eine Standardpraxis, um dieses Problem zu lösen, ist genau die Information zu erläutern, die gerade getippt wird (z.B. Dosierung, Einnahmehäufigkeit). Eine andere ist, die Erläuterung zu geben, wenn die Schreibeinheit wenig Aufmerksamkeit braucht bzw. Pausen in die Schreibeinheit einzubauen, um erklären zu können. Patient/inn/en versuchen ihrerseits, die ärztliche Schreibeinheit möglichst wenig zu unterbrechen (z.B. durch Vermeidung von Augenkontakt oder durch Platzierung von Fragen, wo eine Schreibpause erwartbar ist). Greatbatch analysiert mehrere Hinweise, dass (und wie) Ärzte/Ärztinnen der Schreibeinheit am Computer mehr Priorität geben als dem Patientengespräch. Abschließend erläutert der Autor, warum Computerarbeit ein größeres Störungspotential für das Patientengespräch hat als handschriftliche Dokumentation. Greatbatch führt mit seinem Beitrag eine überzeugende Methodik zur Analyse synchron laufender Computerarbeit und Gesprächsaktivitäten vor.

Eine finnische Forschergruppe (*Marja-Leena Sorjonen, Liisa Raevaara Markku Haakana, Tuukka Tammi, Anssi Peräkylä*) widmet sich der Frage, wie niedergelassene finnische Ärzte/Ärztinnen und Patient/inn/en ihre Interaktion so gestalten, dass Lebensstilfragen kaum relevant werden. Vorläuferstudien zeigen, dass einerseits das ärztliche Gespräch sehr wichtig für die Diskussion von Lebensstilfragen ist und diese auch angesprochen werden, andererseits insbesondere in skandinavischen Ländern diese Diskussion vage bleibt und kaum Informationen von den Ärzt/inn/en zum Thema gegeben werden. Untersucht werden 38 Fälle (aus 90 finnischen Gespräche), in denen Lebensstilfragen erstmals angesprochen werden. Zunächst wird gezeigt, dass Patient/inn/en auf Nachfragen der Ärzte/Ärztinnen ihren Lebensstil meist als unproblematisch darstellen, insbesondere wenn das ärztliche Nachfragen in die Erhebung der Krankengeschichte eingebettet ist. Die Ärzt/inn/en fragen zwar meist Details nach, stellen aber die "unproblematischen" Darstellungen der Patient/inn/en als solche nicht in Frage und schließen das Lebensstilthema rasch ab ohne eine weitere Bewertung abzugeben. Im Kontext diagnostischer und therapeutischer Mitteilungen wird von den Patient/inn/en ihr Lebensstil häufiger (implizit oder explizit) problematisiert. Patient/inn/en scheinen also in diesem interaktiven Kontext die ärztlichen Fragen nach dem Lebensstil als ernsthaft oder begründet zu bewerten. In diesen Fällen folgen immer ärztliche Ratschläge. Die Autor/inn/en schließen aus diesen Ergebnissen auf eine mögliche Norm, der die Ärzte und Ärztinnen folgen: Sie sollten die Bewertung des eigenen Lebensstils durch die Patient/inn/en respektieren. Ärztliche Ratschläge können also nur folgen, wenn der/die Patient/in selbst den Lebensstil als problematisch bewertet hat. Insgesamt könnte es sich hier um eine generische Praxis der Lebensstildiskussion handeln, die aber noch des interkultu-

rellen Vergleichs bedarf. Sorjonen et al. präsentieren hier eine sorgfältige Analyse, konsequent aufgebaut und gut durchargumentiert.

Der folgende Beitrag von *Candace West*, einer führenden Forscherin zum geschlechtsspezifischen Sprachgebrauch, widmet sich den interaktiven Verfahren der Gesprächsbeendigung: Wer initiiert wie das Gesprächsende? Zunächst stellt sie in ihrem Korpus von 62 Gesprächen, so wie bereits aus Vorläuferstudien bekannt, fest, dass Ärzte und Ärztinnen das Gesprächsende initiieren. Vielfältige Formen der Einleitung und Durchführung von Gesprächsbeendigungen werden mit zahlreichen Bezügen zur klassischen konversationsanalytischen Literatur analysiert. Im Besonderen nutzen Ärzte und Ärztinnen Hinweise auf bereits erfolgte Abmachungen über zukünftige Behandlungsschritte, um die abschließende Gesprächssequenz einzuleiten. Die Funktion dieses Wiederholens von getroffenen Abmachungen wird mit Bezug auf andere konversationsanalytische Arbeiten als gegenseitige Bestätigung einer kontinuierlichen Behandlungsbeziehung interpretiert. Dies gilt insbesondere für das erste und das letzte Gespräch, das ein bestimmter Arzt und ein bestimmter Patient miteinander führen. Ein überraschender Befund von Wests Analysen ist, dass Patient/inn/en nie von sich aus neue Themen in dieser letzten Gesprächssequenz initiieren, sondern immer nur auf Einladung des Arztes / der Ärztin. Demgegenüber findet sie einzelne Gespräche, in denen Ärzte abschließend neue Themen aufwerfen. Dieses Ergebnis widerspricht früheren Annahmen klassischer Studien (Byrne/Long 1976; Barsky 1981), die über das "by the way syndrome" klagten, das für beide Gesprächspartner/innen den Gesprächsabschluss sehr schwierig machen kann. Candace West profiliert sich als umfassende Kennerin der frühen und neueren konversationsanalytischen Arbeiten und legt fundierte Analysen vor, die bisweilen mühevoll Längen enthalten.

Das Buch schließt mit einem Beitrag von *Paul Drew* über ein spezielles *Setting* der Arzt-Patient-Interaktion: Telefonate im ärztlichen Bereitschaftsdienst (59 Telefonate eines britischen Arztes). Die Anrufer/innen, die zumeist nicht die Patient/inn/en selbst sind, stehen unter dem Eindruck plötzlicher, in ihren Augen dramatischer Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Patient/inn/en, die einen solchen Anruf gerechtfertigt erscheinen lassen. Die zentrale Entscheidung dieser Gespräche ist, ob der Arzt einen Hausbesuch machen muss oder ob die Erstbehandlung telefonisch angeleitet werden kann. Diese Entscheidung scheint der hier analysierte Arzt zumeist gleich zu Beginn nach dem ersten Symptombesicht zu fällen. In den überwiegenden Fällen wird gegen einen Hausbesuch und für eine Routinebehandlung entschieden und damit auch die Schwere der geschilderten Symptomatik in Frage gestellt. Hier setzt die Analyse von Drew an, in denen er drei interaktive Muster von Passungsproblemen ("misalignment") zwischen Arzt und Anrufer/inne/n herausarbeitet: 1) Anrufer/innen dramatisieren die Symptomatik; 2) beide Gesprächspartner/innen bewerten die Symptomatik unterschiedlich; 3) die Anrufer/innen formulieren eine (gravierende) diagnostische Hypothese. Diese Passungsprobleme führen jedoch nie zu manifesten Missverständnissen oder Konflikten. Viel mehr treten sie als Muster des gegenseitigen Widerstandes gegen die jeweils andere Sichtweise der Symptomatik zwischen Arzt und Anrufer/inne/n auf. Paul Drew legt hier eine sorgfältige Analyse von Telefonaten im ärztlichen Bereitschaftsdienst vor, die sehr gut an weitere empirische Analysen dieses Gesprächssettings anschließt, aber in seinen Schlussfolgerungen wenig anspruchsvoll bleibt.

2. Bewertung

Zunächst ist festzuhalten, dass dieser Sammelband einen umfassenden Blick auf die konversationsanalytische Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion im anglo-amerikanischen Raum eröffnet. Gerade die diskursanalytisch und konversationsanalytisch arbeitenden Forscher/inn/en werden an diesem reichen Schatz an fundierten und gut im jeweiligen Diskurs verankerten Analysen – trotz einzelner Längen – große Freude haben. Als solches ist dieses Buch eine ausgezeichnete Ergänzung zu den vorliegenden deutschsprachigen Sammelbänden zum Thema. Auch methodisch kann das Werk als Zugewinn für die deutschsprachige Diskussion gesehen werden, da eine ähnlich systematische Sammlung von methodisch stringenten Analysen aller Gesprächsphasen der Arzt-Patient-Interaktion bisher für den deutschsprachigen Raum fehlt.

Kritisch ist anzumerken, dass das Buch mit seiner Referenz auf die von Byron und Long (1976) entwickelte Gesamtstruktur des ärztlichen Gesprächs den Eindruck erweckt einen vollständigen Überblick über alle Phasen des ärztlichen Gesprächs zu geben. Bei aller Fülle des Materials bleiben doch einige Aspekte einzelner Gesprächskomponenten (Nowak 2007a) wenig beleuchtet: die Preliminarien des Gesprächs (Spranz-Fogasy 2005) oder das "setting the stage" (Makoul 2001) mit Begrüßung, Orientierung über das Gespräch etc. vor der eigentliche Eröffnungsinitiative werden nicht behandelt. Wenig und nur verstreut finden sich Analysen des ärztliche Zuhörens und der Verständnissicherung, die über die Konzepte des "Aktiven Zuhörens" in der Trainingsliteratur (z.B. Köhle et al. 2005) breite Aufmerksamkeit erhalten haben. Völlig fehlen Analysen von ärztlichen Orientierungshandlungen über den Gesprächsverlauf, die insbesondere durch die Untersuchungen von Johanna Lalouschek (2004) zum Wissensbestand deutschsprachiger Analysen der Arzt-Patient-Interaktion geworden sind. Dem Anspruch, quantitative Methoden mit konversationsanalytischen Vorgehen zu integrieren, wird nur punktuell entsprochen. Es bleibt ein konversationsanalytisches, zum Teil soziologisch ausgerichtetes Werk, das auch in seinem Bezug zur medizinisch-klinischen Forschung über Behandlungsergebnisse bescheiden bleibt. Insgesamt fehlt der Bezug zu den zahlreichen deutschsprachigen Analysen bzw. gibt es kaum Bezüge auf vorliegende andere europäische Forschungen mit Ausnahme von wenigen finnischen und einigen britischen Forscher/inn/en. Dies ist nicht verwunderlich, weil die Diskursforschung auch im Bereich der Arzt-Patient-Interaktion nach wie vor stark an einzelsprachliche Forschungsdiskurse gebunden ist. Insbesondere deutschsprachige Kolleg/inn/en haben kaum auf Englisch publiziert und waren bisher kaum an einer internationalen Diskussion interessiert.

In einigen Beiträgen wird auf die eingeschränkte Generalisierbarkeit durch die Beschränkung der Gesprächskorpora hingewiesen. Daher muss vor dem Hintergrund meiner eigenen Arbeiten (Nowak 2007a, b) für die Zukunft die Frage gestellt werden, ob nicht statt einer Sammlung von Einzelstudien eine systematische Metastudie zu den Gesprächskomponenten der Arzt-Patient-Interaktion der adäquate nächste Forschungsschritt sein muss. Dieser könnte insbesondere auch auf die demnächst zugängliche *online*-Forschungsdatenbank zur Arzt-Patient-Interaktion² zurückgreifen.

² Projektwebsite: www.univie.ac.at/linguistics/personal/florian/Metastudie/index.htm.

3. Literatur

- Atkinson, Paul / Heath, Christian (1981): *Medical Work: Realities and Routines*. Farnborough: Gower.
- Barsky, A. J. (1981): Hidden reasons some patients visit doctors. In: *Annals of Internal Medicine* 94, 492-498.
- Byrne, Patrick S. / Long, Barrie E. L. (1976): *Doctors talking to patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries*. London: HSMO Royal College of General Practitioners.
- Fisher, Sue / Todd, Alexandra D. (1983): *The Social Organization of Doctor Patient Communication*. Washington D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Frankel, Richard M. (2000): The (socio-)linguistic turn in physician-patient communication research. In: Alatis James E. (eds.) et al., *Georgetown University Round Table On Languages And Linguistics 2000*. Georgetown: Georgetown University Press, 81-103.
- Köhle, Karl / Koerfer, Armin / Kretschmer, Britta / Obliers, Rainer / Reimer, Thomas / Thomas, Walter / Romotzky, Verena (2005): *Manual Ärztliche Gesprächsführung + Mitteilung schwerwiegender Diagnosen*. Köln: Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Köln.
- Köhle, Karl / Raspe, Hans-Heinrich (1982): *Das Gespräch während der ärztlichen Visite. Empirische Untersuchungen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Lalouschek, Johanna (2004): *Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung*. In: Becker-Mrotzek, Michael / Brüner, Gisela (Hg.), *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 137-158. Verfügbar unter: <<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/kompetenz/kompetenz.pdf>, 19.11.2007>
- Makoul, Gregory (2001): The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. In: *Patient Education and Counseling* 45, 23-34.
- Nowak, Peter (2007a): *Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen*. Wien: Dissertation Universität Wien.
- Nowak, Peter (2007b): *Metastudien-Methodik - ein neues Methodenparadigma für die Diskursforschung*. In: *Gesprächsforschung* 8, 89-116.
- Roter, Debra / Larson, Susan (2002): The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. In: *Patient Education and Counseling* 46, 4, 243-251.
- Siegrist, Johannes / Hendel-Kramer, Anneliese (1979): *Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patient- Beziehung*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen - Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration*. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.), *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Tanner, Bernice A. (1976): *Language and Communication in General Practice*. London: Hodder & Stoughton.

Mag.Dr. Peter Nowak
Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
Universität Wien – Institut für Soziologie
Rooseveltplatz 2
1090 Wien
peter.nowak@univie.ac.at

Veröffentlicht am 11.2.2008

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.