

## **Rezension zu: Thomas Spranz-Fogasy: Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden. Prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Berlin/Boston: de Gruyter 2014**

**Georgios Coussios / Lisa Korte**

Obleich das Gespräch zwischen Arzt und Patient<sup>1</sup> als besonderes Kommunikationsereignis in der Sprachwissenschaft erst recht spät Beachtung gefunden hat (erste Studien leisten etwa Lörcher 1983; Löning 1985), konnte sich über die letzten Jahrzehnte hinweg in der diskurs- und gesprächsanalytischen Tradition ein breites Forschungsfeld etablieren, das sich mit der Arzt-Patienten-Interaktion in all ihren Facetten beschäftigt. Neben Arbeiten, die sich der handlungsstrukturellen Analyse von ärztlichen Gesprächen gewidmet haben (z.B. Bühlig/Durlanik/Meyer 2000; Spranz-Fogasy 2005), sind auch immer wieder einzelne Aktivitätstypen wie etwa ärztliche Fragen und Patientenantworten (Lalouschek 2002a; Spranz-Fogasy 2010) oder Diagnosemitteilungen (Maynard 2003; Peräkylä 1998) ins Zentrum des Interesses gerückt.<sup>2</sup> Im Fokus der hier besprochenen Untersuchung von Spranz-Fogasy steht ebenfalls ein solcher Aktivitätstyp: prädiagnostische Mitteilungen.<sup>3</sup> Diese werden definiert als: "Äußerungen des Arztes während der Beschwerdenexploration, mit denen er explizit macht, was er bezüglich des Beschwerdebildes aus den Schilderungen des Patienten verstanden hat und was er gerade selbst sieht, hört, fühlt oder denkt" (1).<sup>4</sup> Wie diese Definition bereits andeutet, geht es dem Autor auch darum, den Beitrag von PMs zum besseren Verständnis von Arzt und Patient aufzuzeigen, womit er an eine Reihe weiterer gesprächsanalytischer oder interaktionslinguistischer Arbeiten anknüpft, die sich mit "Verstehen im Gespräch" (Deppermann 2008; siehe beispielsweise auch Deppermann/Schmitt 2009) allgemein und speziell in der institutionellen Kommunikation (z.B. Fiehler 2002; Deppermann et al. 2010) auseinandersetzen. Als Datengrundlage dient ihm ein Korpus von Audioaufnahmen, die er mittels gesprächsanalytischer Methoden analysiert.

Nachdem der Autor einleitend seinen Forschungsgegenstand vorgestellt und eine Übersicht über die Strukturierung des Buches gegeben hat (Kapitel 1), stellt er im zweiten Kapitel die Rahmenbedingungen von Arzt-Patienten-Gesprächen dar und verortet seine Arbeit in der aktuellen Forschungslandschaft zum Thema. Er zeigt auf, dass Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten stets von ihrer institutionellen Einbindung und den daraus resultierenden Rollen des Experten und des Laien geprägt sind. Ihre divergenten Motivationen und Orientierungen sowie unterschiedliche Wissens- und Erfahrungsvoraussetzungen erweisen sich als kommunikative Barrieren, die das gegenseitige Verstehen in diesem Interaktionstyp zu einer besonderen Herausforderung machen (Kapitel 2.1). Verstehen interessiert Spranz-Fogasy allerdings nicht als kognitiver Vorgang, sondern als interaktives Phänomen, das eingefordert, angezeigt und dokumentiert wird (Ka-

---

<sup>1</sup> Wenn nicht von konkreten Personen die Rede ist, wird das generische Maskulinum benutzt.

<sup>2</sup> Darüber hinaus sind auch anwendungsorientierte Arbeiten zu erwähnen (z.B. Spranz-Fogasy 1992; Lalouschek 2002b)

<sup>3</sup> Im Weiteren abgekürzt als PM(s).

<sup>4</sup> Es handelt sich um einen repetierbaren Aktivitätstyp, d.h., es können mehrere PMs pro Gespräch vorkommen.

pitel 2.2). Obgleich dies natürlich für jede Form von Gespräch gilt, nimmt die Bearbeitung von Verstehensprozessen in der Arzt-Patienten-Kommunikation aufgrund des speziellen Kontextes charakteristische Formen an. Dabei geht Spranz-Fogasy neben sozialstrukturellen und interaktionstypologischen Aspekten vor allem auf die sequenzielle Organisation ein, mit Schwerpunkt auf den für diesen Interaktionstyp charakteristischen Frage-Antwort-Sequenzen. Hier präsentiert er auch erste kurze Transkripte aus seinem Korpus. Bedauerlicherweise sind weder Tonhöhenverlauf noch Akzentuierung in den Datenausügen markiert. Mit Ausnahme von drei Gesprächspassagen gilt dies auch für den Rest des Werkes. Dies macht es manchmal schwierig, die Analysen des Autors nachzuvollziehen, gerade wenn es um Aktivitäten wie Fragen geht, bei denen die Prosodie eine ausschlaggebende Rolle spielt.

In einem nächsten Schritt (Kapitel 2.3) wird dann die Verlaufsstruktur des prototypischen Arzt-Patienten-Gesprächs beschrieben, um PMs in einem übergeordneten Handlungszusammenhang zu platzieren. In diesem Kontext geht der Autor vor allem auf das einflussreiche Modell von Byrne und Long (1976) ein, welches er aufgrund seiner mangelnden theoretischen Stringenz kritisiert. Die eigene Arbeit orientiert sich am handlungsschemaanalytischen Ansatz nach Kallmeyer und Schütze (vgl. unter anderem Kallmeyer 1985; Kallmeyer/Schütze 1976), aus dem sich fünf zentrale Komponenten für den Grundtyp des ärztlichen Gesprächs ergeben: 1. Gesprächseröffnung, 2. Beschwerdenexploration, 3. Diagnosestellung, 4. Therapieplanung, 5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung. Da für die Beschreibung von PMs hauptsächlich die Beschwerdenexploration und die Diagnosestellung von Interesse sind, werden diese unter Rückbezug auf aktuelle Forschungserkenntnisse ausführlicher beschrieben. Insbesondere Arbeiten, die sich mit Diagnosesequenzen auseinandersetzen (primär Maynard 2003; Peräkylä 1997, 1998), werden aber problematisiert, da sie PMs als Teil dieser Handlungskomponente behandeln. Es ist Spranz-Fogasy daher ein besonderes Anliegen, den Status von PMs als eigenständigen Aktivitätstyp und als tatsächlich *prädiagnostisch* herauszustellen. Dies führt zwar einerseits manchmal dazu, dass Definitionskriterien wiederholt hervorgehoben und vorausgreifend mit Analyseergebnissen vermischt werden, andererseits aber gerade auch dazu, dass der Forschungsgegenstand sehr klar umrissen wird.

Als nächstes geht der Autor auf die wenigen Studien ein, die sich mit PMs als solchen beschäftigen (Stivers 1998; Heritage/Stivers 1999; Mangione-Smith et al. 2003; Heritage et al. 2010; Kapitel 2.4). Diesen sei es zwar gelungen, sowohl im medizinischen als auch im veterinärmedizinischen Kontext gewisse Funktionen klar herauszuarbeiten (etwa die Vorbereitung der Tierhalter auf kostspielige Untersuchungen oder Therapiemaßnahmen (Stivers 1998) sowie das Verhindern unnötiger Antibiotikabehandlungen bei Kindern (Mangione-Smith et al. 2003; Heritage et al. 2010)), allerdings seien formelle Aspekte stets beschränkt auf das konkrete Untersuchungsinteresse betrachtet worden. An dieser Stelle setzt Spranz-Fogasy mit seinen Analysen an, indem er PMs systematisch auf ihre inhaltlichen, sprachlichen und interaktionalen Eigenschaften hin untersucht. Diese werden dann im weiteren Verlauf der Arbeit im Hinblick auf ihr Zusammenwirken in Richtung einer abschließenden Diagnose sowie auf zusätzliche interaktionale Funktionen beschrieben. Dabei schließt die Studie alle deklarativen Äußerungen des Arztes ein, die vor der Diagnose vorkommen und mit denen er auf Beschwer-

desachverhalte und Untersuchungsvorgänge Bezug nimmt. Damit wird die Unterscheidung von Heritage/Stivers (1999) zwischen *online commentaries*, mit denen der Arzt die laufende körperliche Untersuchung kommentiert und *prediagnostic commentaries*, mit denen allgemeiner Stellung zu den Beschwerden bezogen wird, aufgegeben. Außerdem benennt Spranz-Fogasy den Aktivitätstyp von Kommentaren zu Mitteilungen um (29),

zum einen, um die relationale und evaluative Konnotation der Bezeichnung zu verringern und zum anderen, um auch Befundmitteilungen einbeziehen zu können, die oft vor den Gesprächen mit Patienten erhoben werden, also keine online-Äußerungen zu Gesprächsereignissen darstellen.

Kapitel 2 schließt mit der Präsentation seines Korpus ab (2.5). Dieses besteht aus 29 Audioaufnahmen von Gesprächen in vier Arztpraxen (zwei Allgemeinmediziner, ein Internist und ein Urologe). Zusätzlich wurden "[c]a. 30 weitere Gespräche aus ärztlichen Praxen und Kliniken [...] zur Ergänzung und Überprüfung einbezogen" (29). Hier stellt sich zum einen die Frage, warum die Anzahl dieser Gespräche nicht genau angegeben werden kann. Zum anderen wird nicht ersichtlich, welche Rolle ihnen bei der Analyse tatsächlich zugekommen ist, inwiefern sie also die anderen Daten ergänzt haben und auf welche Weise dann eine Überprüfung vollzogen wurde. Außerdem wäre es allgemein wünschenswert gewesen, genauere Informationen (im Hinblick auf die betreffenden Ärzte, ihre Fachrichtungen, die Gesprächstypen etc.) zu diesen zusätzlichen Daten zu erhalten. Die 29 Gespräche des Kernkorpus sowie die insgesamt 138 PMs, die in ihnen vorkommen, werden dann entsprechend der Orientierung des Arztes unterteilt – biomedizinische (14 Gespräche mit 72 PMs) gegenüber psychosomatischer/psychotherapeutischer (15 Gespräche mit 66 PMs). Da allerdings nicht offengelegt wird, welche bzw. wie viele von den vier aufgenommenen Ärzten zu welcher Gruppe gehören und wie viele Gespräche sie jeweils zum Gesamtkorpus beigesteuert haben, ist es schwierig nachzuvollziehen, inwieweit Unterschiede bei den interaktiven Praktiken auf diese Differenzierung oder lediglich auf die persönlichen Präferenzen eines Arztes zurückzuführen sind. Zwar werden solche Unterschiede bei der Analyse nicht systematisch behandelt, jedoch werden an manchen Stellen (Kapitel 6/Kapitel 8) auffällige Divergenzen erwähnt. Darüber hinaus wird nicht darauf eingegangen, welche Unterscheidungskriterien dieser Einteilung zugrunde liegen. Bei dem analysierten Material handelt es sich überwiegend um Erstgespräche. Thematisch sind die Interaktionen sehr heterogen, sodass ein breites Spektrum verschiedenster Beschwerdenbilder abgedeckt wird.

Im dritten Kapitel werden anhand einer ersten exemplarischen Fallanalyse die wichtigsten Merkmale von PMs herausgearbeitet. Rekurrente Muster und Eigenschaften sind sowohl auf inhaltlicher (besonders hinsichtlich medizinischer Sachverhalte) und sprachlicher (z.B. unterschiedliche pragmatische Funktionen, wie Befürchtungen, Vermutungen und Erklärungen) als auch auf interaktionaler Ebene (sequenzielle Einbettung, Initiierung etc.) festzustellen. Zudem wird wiederholt auf Kognitionen Bezug genommen. Diese Erkenntnisse dienen als Orientierungspunkte für die weitere, systematische Untersuchung. Dabei liegt der Fokus stets auf dem Verhältnis von PMs zu einer angestrebten Diagnose, ihrem Beitrag zur Verständnissicherung und dem Zusammenspiel formaler und funktionaler Aspekte. Die Ergebnisse werden durchgehend an mehreren kurzen Passagen oder einzelnen PMs veranschaulicht. Wie in der Einleitung angekündigt, werden dort,

wo sich dies anbietet, bereits bekannte Ausschnitte verwendet. Dies illustriert zum einen die Vielschichtigkeit des erforschten Phänomens, zum anderen trägt es zur Leserfreundlichkeit bei, da dem Leser der spezielle Kontext und der Gesprächsinhalt bzw. -ablauf nach und nach vertraut wird.

In Kapitel 4 werden zunächst medizinische Inhalte (4.1) und dann *Linguistika*<sup>5</sup> (4.2) von PMs präsentiert. Es mag zunächst seltsam erscheinen, dass diese Gesichtspunkte gemeinsam in einem Kapitel behandelt werden, jedoch verdeutlicht diese Darstellung am geschicktesten, wie sich durch das Zusammenwirken dieser Charakteristika konstitutive Kriterien von PMs herauskristallisieren. PMs sind vor allem durch ihre Partialität und ihre Vorläufigkeit gekennzeichnet, d.h. sie halten diagnostisch relevante Sachverhalte zunächst einzeln fest, um sie schließlich in eine abschließende Diagnose zu integrieren. Damit belegt Spranz-Fogasy auch empirisch, woran der definatorisch vorausgesetzte *prä*-Status von PMs konkret festzumachen ist. Die herausgearbeiteten medizinischen Inhalte deuten in hohem Maße darauf hin, dass der Explorationsprozess noch nicht abgeschlossen ist und dass weitere auf eine Abschlussdiagnose hinarbeitenden Aktivitäten folgen werden. Sie gliedern sich in Befunde, ätiologische Zusammenhänge bzw. Ursachen, Ausschlussdiagnosen und vorläufige Diagnosen. Diese nehmen dann selbst wieder unterschiedliche Formen an. So können Befundmitteilungen sowohl quantitative (Angabe genauer Werte) als auch qualitative (Krankheitswertigkeit, Beschaffenheit) Informationen sowie Bewertungen (*sehr gut*, *zu viele* etc.) enthalten. Ätiologische Zusammenhänge, Ausschlussdiagnosen und vorläufige Diagnosen werden je nach Gewissheitsstatus des Arztes auf vielfältige Weise modalisiert. Hier wird eine erste Brücke zu den *Linguistika* geschlagen. Außerdem können sie zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden, wie etwa zur Eingrenzung möglicher Optionen und der Umfokussierung des Explorationsprozesses, zur Abwehr subjektiver Patiententheorien, zur Hervorhebung der ärztlichen Kompetenz oder zur Beruhigung des Patienten.

Im Zentrum der linguistischen Beschreibung von PMs stehen ihr Äußerungsmodus, ihre pragmatischen Funktionen und ihre Modalisierung, wobei sich Spranz-Fogasy terminologisch an der *Grammatik der deutschen Sprache* (Zifonun et al. 1997) orientiert. Da PMs *per definitionem* im Deklarativmodus stehen, konzentriert sich der Autor hier auf die strukturelle Ähnlichkeit zu Deklarativsatzfragen, die bereits in Kapitel 2.2 angeschnitten wurde. Aus dieser Similarität ergibt sich oftmals ein Interpretationsdilemma, das zwar gegebenenfalls zu Missverständnissen führen, andererseits aber auch durchaus funktional sein kann: Die Flexibilität eröffnet Arzt und Patient einen erweiterten Handlungsspielraum und erlaubt es, Äußerungen gemäß persönlichen Bedürfnissen und situativen Anforderungen unterschiedlich zu behandeln.

Bei der Präsentation der verschiedenen pragmatischen Funktionen konzentriert sich Spranz-Fogasy auf die drei wichtigsten: Feststellen, Bewerten und Erklären bzw. Erläutern. Die in Kapitel 3 im Rahmen der Einzelfallanalyse herausgearbeiteten *Befürchtungen* und *Vermutungen* werden nicht wieder aufgegriffen (Beispiele für diese Funktionen finden sich allerdings auch bei Heritage/Stivers 1999). Die Differenzierung der Funktionalität basiert vordergründig auf inhaltlichen Aspekten. Dabei wird stets eine Verknüpfung mit den medizinischen Konzepten aus

<sup>5</sup> Als *Linguistika* bezeichnet Spranz-Fogasy linguistisch relevante Phänomene. Obgleich dies kein gängiger Fachterminus ist, wird er hier der Konsistenz halber beibehalten.

dem ersten Teil des Kapitels hergestellt. So werden Feststellungen meist in Form von Befunden geäußert, welche durch "Urteile und werthafte subjektive Einschätzungen" (48) anhand allgemeiner Vergleichsgrößen bewertet werden können. In Erläuterungen werden Befunde und Ursachen oder andere diagnostisch relevante Erkenntnisse in Verbindung gebracht. Zusätzlich wird auch auf bestimmte lexikalische Auffälligkeiten eingegangen. Sowohl Feststellungen als auch Bewertungen weisen eine hohe Anzahl an Ausdrücken der (Sinnes-)Wahrnehmung auf, während Erstere überdies vor allem durch Existenzprädikate gekennzeichnet sind. Bei den Erläuterungen bleiben Anmerkungen zur Lexik leider aus. Einen weiteren Unterschied stellt der Autor im Hinblick auf die Adressiertheit fest: Erklärungen heben sich von den anderen beiden Funktionen dadurch ab, dass sie stets an den Patienten gerichtet sind und somit in besonderem Maße der Verstehenssicherung dienen. Feststellungen und Bewertungen können hingegen auch lediglich als lautes Denken eingestuft werden. Die aufgeführten Eigenschaften zeigen eine klare Konturierung der unterschiedlichen pragmatischen Funktionen auf. Eine strukturelle Beschreibung – etwa durch Bezugnahme auf mögliche syntaktische Muster (in einem Ausschnitt auf Seite 51 fällt die Einleitung einer Erläuterung durch einen kausalen Nebensatz mit der Subjunktion *weil* auf), wie dies auch in Kapitel 5 geschieht – hätte die Ergebnisse bereichern können.

Als letztes wird die Modalisierung von PMs als ausschlaggebendes sprachliches Merkmal beschrieben, das wie auch schon der ambige Äußerungsmodus und die Möglichkeit, zwischen mehreren pragmatischen Funktionen zu wählen, die flexible Gestaltung und Handhabung von PMs verdeutlicht. Die Mittel, mit denen PMs abgeschwächt oder verstärkt werden können, sind vielfältig: Verbmodus, Modalverben, Modal- und Gradpartikeln bilden nur einen kleinen Ausschnitt der von Spranz-Fogasy erwähnten Optionen. Wie stark eine PM modalisiert wird, hängt eng mit den darin kommunizierten medizinischen Inhalten zusammen. Technische Befunde werden beispielsweise selten und nur wenig abgetönt. Bei Sinnesbefunden sind Modalisierungen hingegen ausgeprägter. Ein besonders hoher Grad der Abschwächung lässt sich bei vorläufigen Diagnosen, die noch unklar sind, feststellen und bei Bewertungen des Arztes, die von medizinischen Standardangaben abweichen. Durch den Grad der Gewissheit, mit dem der Arzt dem Patienten seine Eindrücke übermittelt, gewährt er ihm Einblick in seinen Erkenntnisstand und beeinflusst somit aktiv dessen Erwartungen im Hinblick auf den weiteren Explorationsverlauf und die abschließende Diagnose.

Kapitel 5 ist der Beschreibung von "Kognitiva" in prädiagnostischen Mitteilungen gewidmet. Darunter werden jegliche sprachlich-interaktive Verweise auf kognitive Prozesse und Konzepte subsumiert, die unabhängig von den tatsächlichen mentalen Vorgängen, die mit gesprächsanalytischer Methodologie nicht erfassbar sind, im Gespräch relevant gesetzt werden. Obgleich diese sehr weit gefasste Definition auch Eigenschaften einschließt, die bereits im vorherigen Kapitel thematisiert wurden (z.B. epistemische Verben als Mittel der Modalisierung oder die kognitive Kategorie der Relation in der Form des ätiologischen Zusammenhangs), ist die gesonderte Behandlung von Kognitiva aufgrund ihrer Prominenz und spezifischen Funktionalität durchaus sinnvoll. Überschneidungen bei den Analyseergebnissen, die in den einzelnen (Unter-)Kapiteln dargelegt werden, sind daher in Kauf zu nehmen.

Zunächst geht Spranz-Fogasy auf epistemische, Sinnes- und Performativausdrücke ein, mit denen der Arzt den Patienten an seiner Wahrnehmung, seinen Annahmen und Erkenntnissen sowie seiner affektiven Haltung teilhaben lässt (Kapitel 5.1). Je nachdem, mit welchem Sicherheitsgrad sich der Arzt zu seinen Angaben positioniert, können diese unterschiedliche Zweckmäßigkeiten erfüllen: Festlegen und Organisieren thematischer Schwerpunkte, Entgegenwirken unzutreffender Patiententheorien, Elizitieren weiterer Patientendarstellungen, Legitimieren einer vorläufigen Diagnose.

Im weiteren Verlauf wendet sich der Autor dann kognitiven Kategorien, Konzepten und Operationen zu (Kapitel 5.2). Auch hier behält er die Interdependenz der einzeln beschriebenen Merkmale von PMs stets im Blick, sodass der Zusammenhang der verschiedenen Analysepunkte deutlich herausgestellt wird. Medizinische Kategorien und Konzepte umfassen eine Reihe unterschiedlicher Begriffe, die der Orientierung im Verlauf des Explorationsprozesses dienen und die charakteristische Bestandteile der zuvor herausgearbeiteten medizinischen Inhalte (Befunde, Ausschlussdiagnosen etc.) bilden. Neben Körperteilen und Organen sind Beschwerdenereignisse (Kopfschmerzen), körpereigene Stoffe (weiße Blutkörperchen), Krankheitserreger (Viren), Fremd- und Schadstoffe (schlechte Lebensmittel), physikalisch-mechanische Eigenschaften/Veränderungen (Schilddrüsenvergrößerung) und andere von besonderer Relevanz. Allerdings ist hier nicht ganz ersichtlich, warum diese Konzepte nicht auch selbst als medizinische Inhalte zu betrachten sind, da sie in hohem Maße Fachwissen transportieren. Überdies stellt Spranz-Fogasy fest, dass auch gehäuft allgemeinere kognitive Kategorien in die Interaktion einfließen. So können PMs beispielsweise auf Ort, zeitliche Bestimmung, Qualität etc. der Beschwerden Bezug nehmen. Schließlich legen Ärzte auch ihre Denkprozesse offen, wenn es um Begründungen, Vergleiche, Kontrastierungen, Schlussfolgerungen oder ähnliche kognitive Operationen geht. Hier reicht Spranz-Fogasy seine Analyse mit dem Einbezug syntaktischer Strukturen an, wenn er z.B. beschreibt, wie mit einer Reihe von Kausaladverbien – *also*, *folglich*, *demnach* etc. – Schlussfolgerungen angezeigt werden. Diese allgemeinen Kategorien und Operationen dienen vor allem einer Annäherung der medizinsystematischen Perspektive des Arztes und der alltagsweltlichen des Patienten. Mit der expliziten Einführung von Kognitiva in die Interaktion hält der Arzt den Patienten also stets auf dem Laufenden im Hinblick auf seine Überlegungen und Einsichten. Durch seine ausdrückliche Subjektivierung via Ego-Referenz tritt er jedoch darüber hinaus persönlich als Autorität auf und untermauert damit seine Kompetenz. Dies kann ausschlaggebend für einen Vertrauensaufbau und in einem Folgeschritt für die Compliance des Patienten sein.

Im sechsten Kapitel werden schließlich die interaktionalen Eigenschaften von PMs näher beschrieben. Dabei stehen nicht nur PMs selbst im Fokus (Kapitel 6.1), sondern auch die Reaktionen des Patienten (Kapitel 6.2) sowie an diese bzw. bei ausbleibender Patientenreaktion an die PMs selbst anschließende Äußerungen des Arztes (Kapitel 6.3). PMs kann, mit Ausnahme von vorab erhobenen Befunden, die meist zu Beginn der Explorationsphase in die Interaktion eingebracht werden, keine feste Position im Gespräch zugeordnet werden. Allerdings wird als auffällig beschrieben, dass sie mit dem Voranschreiten der Beschwerdenexploration zunehmen, was auf das wachsende Verständnis des Beschwerdensachverhalts zurückgeführt wird. Die große Mehrheit von PMs wird vom Arzt initiiert, sehr

selten werden sie vom Patienten eingefordert. Dazu postuliert Spranz-Fogasy ein Kontinuum, das die verschiedenen Motivationen für die Initiierung von PMs mit ihrer Adressiertheit korreliert. Darauf bewegen sich die ärztlichen Handlungen mit fließenden Übergängen von selbstgerichtet und -motiviert hin zu patientengerichtet und -motiviert: Lautes Denken, Zusammenfassungen von bzw. Folgerungen aus Explorationsabschnitten, Korrektur diagnostisch unzutreffender Patientenäußerungen, Reaktion auf explizite Aufforderungen/Fragen des Patienten. PMs treten überwiegend alleine auf, können aber durchaus auch miteinander kombiniert werden. Dabei können sie gerade auch über kognitive Operationen in Verbindung gesetzt werden. Darüber hinaus wird festgehalten, dass PMs hauptsächlich beitragsinitial sind, es sei denn, die Äußerung beginnt mit der thematischen und/oder gesprächsstrukturellen Organisation des weiteren Gesprächs.

Patientenreaktionen auf PMs fallen größtenteils spärlich aus. Am häufigsten lassen sich Minimalreaktionen wie *hm\_hm* oder *ja* finden, die entweder zustimmend oder ratifikativ sind. Des Weiteren nennt der Autor aber auch Ablehnungen, Rückfragen, ausgedehnte Antworten, erweiterte Ausführungen, Erklärungen mit Rechtfertigungscharakter und post(prä)diagnostische Eigendiagnosen. Mit Letzteren gibt der Patient an, dass seine eigene diagnostische Theorie, die er bereits vor den Ausführungen des Arztes für sich aufgestellt hatte, mit den Schlüssen des Arztes übereinstimmt. Welche Form die Reaktionen der Patienten auf PMs annehmen, hängt besonders stark von den medizinischen Inhalten und der pragmatischen Funktion ab, die diese erfüllen. So tauchen z.B. post(prä)diagnostische Eigendiagnosen nur in Zusammenhang mit vorläufigen Diagnosemitteilungen auf. Allerdings spielt auch die sprachliche Modalisierung stets eine wichtige Rolle. Bei Befunden und Ausschlussdiagnosen etwa sind die Patientenantworten durch den Objektivitätsgehalt der Feststellungen und den Gewissheitsgrad des Arztes bedingt. Labortechnisch oder apparativ erhobene Befunde werden selten von Ärzten oder Patienten infrage gestellt. Ebenso selten stellt der Patient PMs während der laufenden Untersuchung infrage.

Abgesehen von einer bloßen sequenziellen Beschreibung arbeitet Spranz-Fogasy aber auch die Bedeutung von Reaktionen auf PMs für die Beziehungsarbeit zwischen Arzt und Patient heraus: sie festigen die (interaktiven) Rollenverhältnisse und das Autoritätsgefälle und stellen oftmals eindeutige Versuche dar, das eigene oder das fremde Image zu wahren. In den ersten beiden Abschnitten wird auch jeweils einmal kurz auf die bereits angesprochenen Unterschiede zwischen biomedizinisch und psychosomatisch orientierten Ärzten eingegangen. Erstere führen PMs häufig früher und öfter in die Interaktion ein und erhalten aufgrund der Spezifität und Fachsprachlichkeit ihrer Äußerungen knappere Reaktionen auf die Darstellung ätiologischer Zusammenhänge.

Zuletzt werden die Folgehandlungen des Arztes in vier Typen unterteilt: 1) weitere PMs, 2) weitere explorative Handlungen, 3) eine abschließende Diagnosemitteilung, 4) die Therapiebesprechung ohne vorherige (explizite) Diagnosestellung. Die Aufeinanderfolge mehrerer PMs (Typ 1) wird als eine übergreifende PM angesehen, wobei offen bleibt, ob man nach einer längeren Unterbrechung durch Stellungnahme des Patienten auch noch von einem solchen Komplex ausgehen kann. Unabhängig davon hat jedoch jede Verkettung von PMs zwangsläufig einen Endpunkt, an dem eine Folgehandlung aus einer der drei anderen Kategorien erwartbar wird. Mit diesen findet in jedem Fall eine Neuausrichtung der

Handlungsorientierung und/oder eine thematische Umfokussierung statt. Somit wird deutlich, dass PMs auch interaktional eine "Schaltstellenfunktion" (112) erfüllen, d.h., sie schließen den laufenden Handlungsabschnitt ab und fungieren als Ausgangspunkte für den nächsten. Abschließend rundet Spranz-Fogasy die Ergebnisse der bisherigen Analysepunkte ab, indem er sie in einer integrativen Gesamtbetrachtung zusammenführt: Der Arzt kommuniziert dem Patienten in PMs seinen Wissensstand, der in medizinische Inhalte organisiert ist. Diese übermitteln durch die Verwendung bestimmter sprachlicher Mittel und die Referenz auf kognitive Prozesse und Konzepte Teilinformationen, die Schritt für Schritt gesammelt, geordnet und in eine abschließende Diagnose einbezogen werden. Dabei zeigen sowohl die bearbeiteten Inhalte als auch ihre sequenzielle Einbettung ihre Vorläufigkeit an und verweisen auf Folgeaktivitäten, die schließlich im angestrebten Handlungsziel – der Diagnose (bzw. Therapieplanung) – münden.

Im siebten Kapitel geht es dann darum, globalere Funktionen von PMs herauszustellen, die über ihre unmittelbare sequenzielle Umgebung hinausgehen. Anhand dreier weiterer Einzelfallanalysen zeigt Spranz-Fogasy auf, wie mit PMs über ein gesamtes Gespräch hinweg konsistent bestimmte diagnostische und therapeutische Ziele verfolgt werden. Das erste Gespräch (Kapitel 7.1) ist durch das komplizierte Beschwerdebild der Patientin gekennzeichnet, was den Arzt vor besondere Schwierigkeiten bei der eindeutigen Diagnostizierung einer Erkrankung stellt. In diesem Kontext nutzt er PMs, um unterschiedliche Überlegungen offenzulegen und zur Diskussion zu stellen. Auf dieser Grundlage können dann weitere Untersuchungsmaßnahmen gemeinsam abgewogen werden. Auch im zweiten Gespräch (Kapitel 7.2) kommt es zu keiner abschließenden Diagnose, allerdings aus ganz anderen Gründen. Während die Patientin von einer rein somatischen Ursache für ihre Beschwerden überzeugt ist und weitgehend daran festhält, bewegt sich der Verdacht des Arztes im Verlauf der Interaktion immer mehr in Richtung eines psychosomatischen Ursprungs. Daher setzt er PMs gezielt ein, um die Patientin für eine andere Perspektive zu sensibilisieren und sie auf eine zukünftige Therapieplanung in diesem Sinne vorzubereiten. Mit seinen PMs hinterfragt der Arzt stetig die Theorien der Patientin und bringt sie in eine rechtfertigende Position. Der Versuch, einen Perspektivenwechsel hervorzurufen und psychische Aspekte in den Fokus zu rücken, wird als häufiges Phänomen beschrieben, das ein Drittel des zu Grunde liegenden Korpus abdeckt.

Das dritte Gespräch (Kapitel 7.3) behandelt den Fall eines Rezidivs. Die Beschwerden des Patienten waren in der Vergangenheit schon einmal aufgetreten und behandelt worden, sind aber zurückgekehrt. Diese Tatsache macht das Gespräch gerade für den Arzt recht heikel, da das Vertrauen des Patienten in ihn gefährdet ist. Um dieses (wieder) aufzubauen, benutzt der Arzt eine auffällig große Menge an PMs. Er lässt den Patienten an seinen Gedankengängen, Eindrücken und diagnostischen Überlegungen teilhaben und bemüht sich somit um maximale Transparenz und Intersubjektivität. Gleichzeitig untermauert er so seine fachliche Kompetenz, um dadurch positiv auf die Compliance des Patienten einzuwirken. In einem letzten Abschnitt (7.4) werden die Ergebnisse der Fallanalysen vergleichend zusammengefasst. Dabei wird hervorgehoben, dass der Gesamtkontext und die übergreifende Funktionalität von PMs in einem Gespräch ausschlaggebend für ihre Form, ihre sequenzielle Position und einzelne lokale Funktionen sind. Obgleich es sich beim letzten Beispiel um einen Einzelfall handelt, repräsentieren die



insgesamt vier ausführlich beschriebenen Interaktionen den Großteil der Gebrauchsweisen von PMs im untersuchten Korpus.

Spranz-Fogasy schließt seine Untersuchung in Kapitel 8 mit der Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die anfangs formulierten Fragestellungen ab und resümiert: PMs "dienen dem Wissens- und Verstehensabgleich, regen Selbstreflexionsprozesse des Patienten an, stellen die Beziehung zwischen den Beteiligten her und sichern sie und unterstützen so auch schon im Explorationsprozess die therapeutische Arbeit" (165). Zudem macht er auf Forschungsdesiderata und Ansatzpunkte für weitere Analysen aufmerksam. Um ein vollständigeres Bild der interaktiven Vernetzung der einzelnen Aktivitäten im Rahmen der Beschwerdenexploration zu erhalten, müsse das Verhältnis von PMs zu Fragen näher betrachtet werden. Wichtig erscheint ihm darüber hinaus die systematische Auseinandersetzung mit der Frage, inwiefern die Inhalte von PMs in eine abschließende Diagnose mit einfließen, weist aber gleich auch auf methodologische Schwierigkeiten diesbezüglich hin. Diese werden vor allem darin gesehen, dass der Arzt nicht all seine diagnostisch relevanten Überlegungen auch verbalisiert, sodass es nicht möglich ist, rein gesprächsanalytisch auf ihre Gesamtheit zuzugreifen. Schließlich macht er auf Parallelen zu anderen Gesprächsformen (Beratungen, Schlichtungsgespräche, Gerichtsverhandlungen) und den darin vorkommenden Aktivitätstypen aufmerksam und plädiert für eine ausführliche vergleichende Gegenüberstellung.

*Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden* liefert neue Einsichten in die sprachlichen Praktiken des Arztes auf dem Weg zur Diagnosestellung. Spranz-Fogasy bietet eine detaillierte Darstellung der Charakteristika von PMs aus unterschiedlichen Beschreibungsperspektiven, die in dieser Form gerade im deutschsprachigen Raum noch ausstand. Zudem zeigt er eine Reihe weiterer funktionaler Potenziale auf, die die bisherigen Forschungserkenntnisse zu diesem Aktivitätstyp ergänzen. Darüber hinaus ist das Werk aber auch als Beitrag zur gesprächsanalytischen Auseinandersetzung mit der interaktionalen Konstitution und Anzeige von Verstehen(sprozessen) und allgemeiner kognitiven Vorgängen anzusehen. Das Buch ist klar strukturiert und auch wenn einzelne Einsichten zum Teil mehrmals aufgeführt werden, trägt dies doch dazu bei, dass der Leser den größeren Zusammenhang nie aus den Augen verliert.

## Literatur

- Bühlig, Kristin / Durlanik, Latif / Meyer, Bernd (2000): Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus. Konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 2, 1-32.
- Byrne, Patrick / Long, Barrie (1976): *Doctors Talking to Patients. A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries*. London: HMSO.
- Deppermann, Arnulf (2008): Verstehen im Gespräch. In: Kämper, Heidrun / Eichinger, Ludwig M. (Hg.): *Sprache – Kognition – Kultur. Sprache zwischen mentaler Struktur und kultureller Prägung*. Berlin/New York: de Gruyter, 225-261.
- Deppermann, Arnulf / Schmitt, Reinhold (2009): Verstehensdokumentation. Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion. In: *Deutsche Sprache* 3/8, 220-245.

- Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (2010) (Hg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr.
- Fiehler, Reinhard (2002) (Hrsg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Heritage, John / Stivers, Tanya (1999): *Online Commentary in Acute Medical Visits. A Method of Shaping Patients' Expectations*. In: *Social Science and Medicine* 49/11, 1501-1517.
- Heritage, John / Elliott, Marc / Stivers, Tanya / Richardson, Andrea / Mangione-Smith, Rita (2010): *Reducing Inappropriate Antibiotics Prescribing. The Role of Online Commentary on Physical Examination Findings*. In: *Patient Education and Counseling* 81/1, 119-125.
- Kallmeyer, Werner (1985): *Handlungskonstitution im Gespräch. Dupont und sein Experte führen ein Beratungsgespräch*. In: *Gülich, Elisabeth / Kotschi, Thomas (Hg.): Grammatik, Konversation, Interaktion*. Tübingen: Niemeyer, 81-122.
- Kallmeyer, Werner / Schütze, Fritz (1976): *Konversationsanalyse*. In: *Studium Linguistik* 1, 1-28.
- Lalouschek, Johanna (2002a): *Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch*. In: *Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walther (Hg.): Angewandte Diskursforschung. Grundlagen und Beispiele (Bd. 1)*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 155-173.
- Lalouschek, Johanna (2002b): *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Löning, Petra (1985): *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Bern: Peter Lang.
- Lörcher, Helgard (1983): *Gesprächsanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation*. Tübingen: Niemeyer.
- Mangione-Smith, Rita / Stivers, Tanya / Elliott, Mark / McDonald, Laurie / Heritage, John (2003): *Online Commentary on Physical Exam Findings. A Communication Tool for Avoiding Inappropriate Antibiotic Prescribing?* In: *Social Science & Medicine*, 56/2, 313-320.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Peräkylä, Anssi (1997): *Conversation Analysis. A New Model of Research on Doctor-Patient Communication*. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90/4, 205-208.
- Peräkylä, Anssi (1998): *Authority and Intersubjectivity. The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care*. In: *Social Psychology Quarterly* 61, 301-320.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1992): *Ärztliche Gesprächsführung. Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung*. In: *Fiehler, Reinhard / Sucharowski, Wolfgang (Hg.): Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 68-78.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2005): *Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen*. 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.

- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation. Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr, 27-116.
- Stivers, Tanya (1998): Pre-Diagnostic Commentary in Veterinarian-Client Interaction. In: *Research on Language and Social Interaction* 31/2, 241-277.
- Zifonun, Gisela / Hoffmann, Ludger / Strecker, Bruno (1997): Grammatik der deutschen Sprache. Berlin/New York: de Gruyter.

Georgios Coussios M.A.  
Universität Duisburg-Essen  
Institut für Germanistik  
Universitätsstraße 12  
D-45141  
georgios.coussios@uni-due.de

Lisa Korte M.A.  
Universität Duisburg-Essen  
Institut für Germanistik  
Universitätsstraße 12  
D-45141  
lisa.korte@uni-due.de

Veröffentlicht am 23.3.2015

© Copyright by GESPRÄCHSFORSCHUNG. Alle Rechte vorbehalten.