ISSN 1975-888X

2007년 5월
Vol. 2, No. 1, May 2007

의료커뮤니케이션

Health Communication, The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare

대한의료커뮤니케이션학회
Korean Academy on Communication in Healthcare

ärztliche Gesprächsführung am Besipiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.48-72.

18. Lalouschek J.(2005b). Inszenierte Medizin - Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, verfügbar unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/lalouschek2.htm>.
19. Löning P.(2001). Gespräche in der Medizin. In: Antos, Gerd / Brinker, Klaus / Heinemann, Wolfgang / Sager, Sven (Hg): Text- und Gesprächslinguistik, 2. Halbband. Text- und Gesprächslinguistik. Berlin: de Gruyter, S.1576-1589.
20. Maynard D.(2003). Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings. Chicago, IL: University of Chicago Press.
21. Menz F, Lalouschek J.(2005). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.174-185.
22. Meyer B.(2004). Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus. Münster: Waxmann.
23. Nothdurft W, Reitemeier U, Schröder P.(1997). Beratungsgespräche. Tübingen: Narr.
24. Resick P.(2003). Stress und Trauma. Bern: Huber
25. Schöndienst M.(2002). Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinischen Methode, in: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 4, 4, S. 253-269.
26. Schwabe M.(2006). Kinder und jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallspatienten in pädiatrischen Sprechstunden. Göttingen: V & R Unipress.
27. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G.(1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.
28. Köhle K, Raspe HH.(Hg.)(1982). Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban und Schwarzenberg.
29. Spranz-Fogasy T.(2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.17-47.
30. Streeck U.(2004). Auf den ersten Blick. Stuttgart: Klett-Cotta.
31. Tannen D, Wallat C.(1987). Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical encounter. In: social Psychology Quaterly 50, 2, S.205-216

[번역: 서민순(서울대 인문학연구원)]

의료커뮤니케이션 제 2권 제 1 호 pp 51~63, 2007

Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum

Prof. Dr. Arnulf Deppermann

Professor für germanistische Linguistik an der Universität Mannheim, Germany
Department Chief of Pragmatics at the Institute for German Language

Auch heute noch hat für die meisten Mediziner das Gespräch mit dem Patienten einen untergeordneten Stellenwert gegenüber der somatischen Untersuchung und der apparativen, operativen oder medikamentösen Therapie. Die klassische westliche Schulmedizin betrachtet das Leiden des Patienten meist ausschließlich als somatisches Problem. Zwar ist den meisten Ärzten klar, dass somatische Probleme psychische Folgen haben. Doch sie sehen ihren Behandlungsauftrag nicht darin, die psychische Seite mitzuberücksichtigen. Das biomedizinische Krankheitsmodell leitet sie an, die Ursachen somatischer Erkrankungen ausschließlich im somatischen Bereich zu suchen. Nur dann, wenn es für den Arzt unabweislich ist, dass massive psychische Probleme für die Krankheitsentstehung mitverantwortlich sind, wird dem Patienten empfohlen, einen Psychiater oder Psychologen aufzusuchen.

Zwar herrscht zumindest in der westlichen Schulmedizin immer noch das biomedizinische Krankheitsmodell vor. Zunehmend gewinnt jedoch eine ganzheitliche Medizin Anhänger. Sie versteht den Patienten und seine Krankheit von vornherein als bio-psycho-sozialen Gesamtzusammenhang. Dies beruht zum einen auf der zunehmenden Anerkennung homöopathischer und fernöstlicher Medizin. Zweitens haben die Erkenntnisse zum Zusammenhang von psychischen und somatischen Faktoren bei der Entstehung von Krankheiten viele Ärzte davon überzeugt, dass ein Krankheitsmodell, das nur von biomedizinischer Kausalität ausgeht, unzulänglich ist. Drittens hat eine große Zahl neuerer Forschungen dargelegt, wie wichtig psychologische Faktoren für die Bewältigung von Krankheiten und für den Erfolg von Therapien sind. Diese drei Aspekte sprechen dafür, dass im Behandlungsprozess körperliche, psychische und soziale Faktoren gemeinsam betrachtet werden müssen. Gerade die psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit sind aber ausschließlich durch das Gespräch mit dem Patienten zu erfassen, zu verstehen und zu behandeln.

Aus Sicht einer ganzheitlichen Medizin wird deshalb schon seit Jahrzehnten betont, wie wichtig das ärztliche Gespräch für die Beziehung zwischen Arzt und Patient und für den Erfolg der Behandlung ist. Vor allem Balint hat hervorgehoben, dass der Arzt genau zuhören muss, um den Patienten zu verstehen, und dass er die Emotionen des Patienten erfassen muss, um zu erfahren, wie der Patient mit seiner Krankheit umgeht. So haben sich schon seit den 1960er Jahren so genannte "Balint-Gruppen" gebildet,

교신저자 : Arnulf Deppermann, Institut für Deutsche Sprache, R 5, 6-13, D-68161 Mannheim, Postfach 101621, D-68016 Mannheim, Germany
E- mail: deppermann@ids-mannheim.de

in denen Ärzte und Therapeuten ihre kommunikativen Erfahrungen mit Patienten reflektieren und ihr eigenes kommunikatives Handeln im Patientengespräch wechselseitig supervidieren.

Speziell im psychotherapeutischen Bereich ist es noch unmittelbarer evident, dass das Gespräch im Zentrum des therapeutischen Prozesses steht. Freud etwa sprach von der Psychoanalyse als der "talking cure" (Heilen durch Gespräch). Er sah im kommunikativen Prozess der Übertragung und Gegenübertragung zwischen Patient und Therapeut den zentralen Vorgang, in dem der Patient seine frühkindlich gegründeten, neurotischen Beziehungsmuster in der Therapie re-inszeniert und damit für den Therapeuten erkennbar und verstehbar macht. Die Prozesse der freien Assoziation, das Erinnern und das Durcharbeiten problematischer Erlebnisse und die darauf bezogenen Interventionen des Therapeuten beziehen sich ebenso letzten Endes allesamt auf kommunikative Geschehnisse im therapeutischen Gespräch verstanden.

Obwohl also von verschiedenen Seiten schon lange die große Bedeutung der Kommunikation für die ärztlich-therapeutische Behandlung erkannt wurde, begann man erst in den 1970er Jahren im größeren Umfang mit der Untersuchung der Arzt-Patient-Kommunikation. Bis dahin waren nur einige psychotherapeutische Gespräche mit Schizophrenen, v.a. im Kontext der Schule von Palo Alto/Californien (Bateson, Watzlawick, Scheflen), untersucht worden. Die 1970er Jahre erlebten dann den Beginn der systematischen Erforschung von Arzt-Patient-Gesprächen in der Linguistik. Dass dies erst dann geschah, lag zum einen an der technischen Entwicklung: Ab Ende der 1950er Jahre wurde es möglich, preiswerte portable Aufnahmegeräte zu benutzen und damit authentische Gespräche außerhalb eines Tonstudios aufzunehmen. Zum anderen begannen sich in der Linguistik ab Ende der 1960er Jahre die neuen Paradigmen der Pragmatik und der Soziolinguistik zu entwickeln, die die Linguistik über die klassischen Bereiche Phonologie, Grammatik und Lexik erweiterten. Erst mit dieser pragmatischen bzw. soziolinguistischen Wende begann sich die Linguistik für die Verwendung von Sprache in der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu interessieren. Der Beginn der Untersuchung der Arzt-Patient-Kommunikation fällt deshalb zusammen mit dem Beginn der empirischen Untersuchung anderer gesellschaftlicher Kommunikationsfelder wie bspw. der Bürger-Verwaltungskommunikation, der Wirtschaftskommunikation oder der Kommunikation im Schulunterricht.

Ebenfalls ab den 1970er Jahren begann die Erforschung von therapeutischen Gesprächen in der Psychotherapie. Während sich die verhaltenstheoretisch und kognitiv orientierte akademische Psychotherapieforschung fast ausschließlich mit Fragebogenuntersuchungen zu psychotherapeutischen Prozessen befasste, waren es vor allem Vertreter der systemischen Therapie (Selvini-Palazzoli 1982) und der Psychoanalyse (Argelander 1990), die psychotherapeutische Gespräche auf Tonband aufnahmen und in ihrem Verlauf untersuchten.

Ich möchte mich in diesem Vortrag auf die linguistischen Untersuchungen konzentrieren und Ihnen einen Überblick über ihre wichtigsten Fragestellungen und wichtige Befunde zur Arzt-Patient-Kommunikation, vornehmlich aus dem deutschen Sprachraum, geben. Ich werde dabei über Folgendes sprechen:

- Allgemeine Besonderheiten von Arzt-Patient-Gesprächen
- Übersicht über verschiedene Genres der Arzt-Patient-Kommunikation
- Befunde zur Sprache und Kommunikation besonderer Patientengruppen

Allgemeine Besonderheiten der Arzt–Patient–Kommunikation

Arzt-Patient-Gespräche (APG) sind eine Form institutioneller Kommunikation. Sie weisen notwendiger Weise einige zentrale Merkmale auf, die sie von Alltagsgesprächen unterscheiden. Deshalb ist es problematisch, APG umstandslos am Maßstab gelungener Alltagsgespräche zu messen. Welches sind nun diese Besonderheiten?

Ich möchte fünf zentrale Aspekte, die wohl für jedes APG gelten, ansprechen:

- Institutionelle Rahmenbedingungen
- Fachlichkeit
- Asymmetrien zwischen den Beteiligten
- Zielbezug
- Vertrauensbedingungen

1. *Institutionelle Rahmenbedingungen*

Verschiedene institutionelle Bedingungen haben unmittelbaren Einfluss auf Erfordernisse und Grenzen von APG:

- *rechtliche* Aspekte: Ärzte müssen bestimmten Aufklärungspflichten den Patienten gegenüber nachkommen, z.B. hinsichtlich Behandlungsrisiken
- *arbeitsorganisatorische* Aspekte: In der Regel stehen für das Gespräch festgelegte Zeiträume zur Verfügung. Ganz grundsätzlich handelt es sich um Gespräche, die unter Zeitdruck stehen.
- *ökonomische* Aspekte: Wie viel Zeit sich der Arzt für das Gespräch mit dem Patienten nehmen kann, hängt wesentlich davon ab, wie er die Gesprächsdienstleistung mit dem Kostenträger (Krankenkasse bzw. –versicherung) abrechnen kann. Grundsätzlich kann der Arzt Gesprächsdienstleistungen nur in sehr begrenztem Umfang in Rechnung stellen, und die Vergütung für diese Dienstleistung ist auch relativ niedrig, vergleicht man sie mit den Sätzen für apparative Behandlungen oder die körperliche Untersuchung. Ausführliche Gespräche werden deshalb fast nur bei Erstanamnesen oder in psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlungen geführt.
- *Schriftliche Dokumentation*: Der Arzt muss eine Patientenkartei führen, in welcher er bspw. wesentliche Befunde der Anamnese festhält, und er muss oftmals Berichte an die Kostenträger verfassen. Diese Erfordernisse muss er bei der Gesprächsführung berücksichtigen.

2. *Fachlichkeit*

APG sind *Experten-Laien*-Gespräche: Der Arzt wird als Fachmann aufgesucht, welcher aufgrund seiner fachlichen Expertise Rat und Hilfe geben kann, über die der Laie selbst nicht verfügt. Die fachlichen Erfordernisse bringen es mit sich, dass der Arzt im Wesentlichen die Gesprächsführung übernehmen muss: Er muss den Patienten über den Ablauf der Behandlung informieren, er muss vom Patienten die für die Behandlung notwendigen Informationen erfragen, er muss ihn über seine Befunde und Diagnosen aufklären und Therapievorschläge bzw. –anweisungen machen. Die daraus resultierenden Abläufe der Gesprächsführung sind für den Patienten oftmals undurchschaubar und irritierend, da der Patient nicht versteht, warum der Mediziner welche Fragen stellt oder warum er auf manche Aussagen des Patienten nicht eingeht.

Die Fachlichkeit der ärztlichen Tätigkeit bezieht sich nicht nur auf Wissensbestände, über die der Alltagsmensch nicht verfügt. Sie sind selbst begrifflich niedergelegt in einer medizinischen Fachsprache, die der Laie in der Regel nicht oder nur sehr begrenzt versteht.

3. *Asymmetrie*

1) Wissensasymmetrie

Die Fachlichkeit der APG schlägt sich also nieder in einer Wissensasymmetrie zwischen dem Arzt als Experten und dem Patienten als Laien. Es gibt aber noch weitere Aspekte von Asymmetrie, die aus dieser Wissensasymmetrie mehr oder weniger direkt folgen.

2) Institutionelle Asymmetrie

Der Arzt kennt die institutionellen Behandlungsabläufe, die den Patienten erwarten, sie sind für ihn überschaubar und weitgehend kontrollierbar. Der Patient steht dagegen aus seiner Sicht vor einer ungewissen Zukunft, er weiß nicht, welche Behandlungsschritte ihn erwarten, kann Dauer, Aufwand, Beeinträchtigung etc. nicht abschätzen.

3) Betroffenheitsasymmetrie (Nothdurft et al. 1997)

Der Patient leidet unter seiner Krankheit. Er hat Schmerzen, sie belastet ihn unmittelbar emotional, oft auch sozial, psychisch und manchmal auch ökonomisch. In jedem Fall handelt es sich um Ereignis von hoher subjektiver Relevanz, das einen Bruch von Normalitätsidealisierungen darstellt. Bei lebensbedrohlichen oder chronischen Krankheiten ist es gar von existenzieller Bedeutung, es hat tief greifende Konsequenzen für seine Identität und Zukunftsaussichten und kann mit existenziellen Ängsten vor Tod, Vereinsamung, dem Verlust von sexueller Attraktivität, Arbeitsmöglichkeiten etc. verbunden sein. Für den Patienten ist es also ein individuelles, biographisch zu verarbeitendes Geschehen. Für den Arzt dagegen ist der Patient ein Fall einer Krankheitskategorie, der nach allgemeinen fachlichen Wissensbeständen zu behandeln ist. Für ihn ist dies keine existenzielle Ausnahmesituation, sondern berufliche Routine. Er selbst ist von der Krankheit nicht emotional und in seiner persönlichen Zukunft betroffen, im Gegenteil, er muss professionelle Distanz wahren, um sachlich handeln und selbst emotional stabil seiner Arbeit nachgehen zu können.

4) Machtasymmetrie

Der Arzt verfügt aufgrund seiner fachlichen Expertise und aufgrund seiner Kenntnis und Kontrolle über die institutionellen Abläufe über mehr Macht als der Patient. Im klassischen paternalistischen Verständnis des ärztlichen Handelns entscheidet daher der Arzt stellvertretend für den Patienten zu dessen Wohl über den Verlauf der Behandlung[14]. In den letzten beiden Jahrzehnten ist jedoch dieses paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung zunehmend in die Kritik geraten. Patienten fordern verstärkt genauere Aufklärung über den Behandlungsprozess und eine größere Mitsprache und Entscheidungsfreiheit bei Behandlungsalternativen. Diese Entwicklung wird zum einen durch Initiativen für einen "mündigen Patienten". Zentrale Grundlage dafür ist das Vorgehen der "evidenzbasierten Medizin" (*evidence-based medicine*). Nach diesem Modell wird die Entscheidung über Therapieoptionen aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse dem Patienten vom Arzt dargelegt und erläutert. Zum anderen beruht der Machtzuwachs der Patienten darauf, dass im Gesundheitssystem marktwirtschaftliche Komponenten realisiert werden: Ärztliche Angebote unterliegen zunehmend dem Wettbewerb, und durch Leistungskürzungen in der Gesundheitsversorgung muss der Arzt verstärkt beim Patienten darum werben, dass dieser bestimmten Behandlungsverfahren zustimmt, die der Patient aus eigener Tasche bezahlen muss. Extreme Konsequenz der Verständnisses der ärztlichen Behandlung als Dienstleistung ist das Konzept der "informierten Wahl" (*informed choice*)[14] Der Arzt steht dem Patienten als Dienstleister zur

Verfügung, er informiert ihn über mögliche Behandlungsoptionen und ihre wissenschaftlichen Grundlagen; die Entscheidung trifft aber der Patient allein. Entsprechend liegt auch die Gesprächskontrolle in erheblich höherem Maße beim Patienten. Zwischen dem paternalistischen Modell, welches alle Verantwortung beim Arzt ansiedelt, und dem Dienstleistungsmodell der informierten Einwilligung, bei dem der Patient die Entscheidungen trifft, liegt das Modell der Kooperation im Sinne einer "gemeinsamen Entscheidungsfindung" (*shared decision making*)[14]. Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung eruiert der Arzt das Wissen und die Informationsbedürfnisse des Patienten und bietet ihm die für die Therapieentscheidung relevanten Wissenshintergründe an. Arzt und Patient entscheiden dann aber gemeinsam über den Therapieplan. Der Arzt nimmt dabei seine professionelle, berufsethisch gegründete Verantwortung für das Wohl des Patienten wahr. Er muss sich deshalb z.B. weigern, aus seiner Sicht unsinnige oder gefährliche Maßnahmen vorzunehmen, und er muss die Verantwortung für Entscheidungen übernehmen, die den Patienten überfordern oder ängstigen.

5) Asymmetrien der Gesprächsbeteiligung

Die Wissens-, Betroffenheits- und Machtasymmetrien führen zu Asymmetrien in der Gesprächsbeteiligung. So ist der Arzt derjenige, der die Gesprächsführung inne hat: Er gibt den Zeitrahmen für das Gespräch vor, er leitet das Gespräch zunächst durch Fragen (Anamnese, Befunderhebung), später dann durch die Mitteilung von Diagnosen und durch Instruktionen (Verschreibungen). Asymmetrisch verteilt sind auch die typischen Aktivitäten: Auf Seiten des Arztes sind dies v.a. Fragen, Erklären, Instruieren und Auffordern, auf Seiten des Patienten dominieren (kurze) Antworten, Erzählungen, Nachfragen und Zustimmungen/Einwilligungen. Wie weit solche Asymmetrien der Gesprächsbeteiligung unumgänglich sind, wo sie problematisch werden und wie man sie abbauen kann, ist zu einem wesentlichen Gegenstand der Forschungen zum APG geworden. Näheres werde ich in meinem Überblick zu den Forschungen zu den einzelnen Genres der APG darstellen.

4. *Zielbezug*

APG sind im Unterschied zu den meisten nichtinstitutionellen Gesprächen einem gesprächstranszendenten Handlungszweck gewidmet: Sie finden nicht um ihrer Selbst willen (zur Unterhaltung, Information, Selbstdarstellung etc.) dar, sondern sie dienen dem Gewinn von Diagnosen und Therapieentscheidungen. Es handelt sich also um aufgabenorientierte Kommunikation. Ob ein APG gelungen ist, bemisst sich also im Wesentlichen daran, wie sehr es dazu beiträgt, diese Aufgaben optimal zu lösen. Die Zufriedenheit der Gesprächspartner mit der Gesprächsatmosphäre kann auf keinen Fall das ausschließliche Kriterium dafür sein, ob ein APG gelungen ist.

5. *Vertrauensbedingungen*

Dies heißt nun aber nicht, dass nur der Gewinn und die Mitteilung von Informationen für das APG relevant sind. Vielmehr kann der therapeutische Prozess zumeist nur dann erfolgreich sein, wenn der Patient den Arzt als kompetent und vertrauenswürdig erlebt. Schon für die Anamnese ist es entscheidend, dass der Patient bereit ist, intime Informationen mitzuteilen, die unter Umständen peinlich, moralisch belastend oder schambesetzt sind, z.B. über sexuelle Praktiken und Probleme, über Süchte, psychische Schwierigkeiten oder finanzielle und Beziehungsprobleme. Solches Wissen ist für den Arzt oft entscheidend, um Krankheitsursachen erkennen zu können, aber auch um zu verstehen, welche Bedeutung die Krankheit für den Patienten hat, wie er mit ihr im

Alltag umgeht, und welche Rahmenbedingungen für eine mögliche Therapie zu berücksichtigen sind. Vertrauen ist ebenso die wesentliche Grundlage für die *compliance* des Patienten, also seine aktive und zuverlässige Mitarbeit bei der Therapie (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Einhalten von Verhaltens- und Ernährungsvorschriften etc.).

Genres des Arzt–Patient–Gesprächs

Obwohl die bis jetzt genannten Gesichtspunkte für wohl fast jedes APG relevant sind, ist die Rede vom "ärztlichen Gespräch" sehr verkürzt[19]. Zwischen verschiedenen Typen von APG bestehen erhebliche Unterscheide, in ihnen gibt es ganz verschiedene Aufgaben und Probleme der Kommunikation. Relevant sind insbesondere Unterschiede zwischen

- verschiedenen Genres der APG wie Visite, Anamnese, Diagnoseerteilung, Aufklärungsgespräch[13], Verordnung
- syndromspezifischen Aufgaben und Problemen, bspw. für Krebspatienten, in der gynäkologischen Praxis oder für verschiedene psychiatrische Patientengruppen,
- verschiedenen Beteiligtenkonstellationen, wie z.B. die Beteiligung von Eltern und Kind in der pädiatrischen Sprechstunde[26] (Tannen/Wallat 1986), gedolmetschte Gespräche über einen Sprachmittler[22] oder APG mit Migranten aus anderen Kulturen[3].

Ausführlicher eingehen möchte ich hier auf einige Genres des APG. Ärztliche Gespräche haben, manchmal über mehrere Termine verteilt, eine übergreifende handlungsschematische Struktur, in der zumindest folgende fünf Gesprächsgattungen aufeinander folgen[29]:

- Begrüßung und Gesprächseröffnung
- Anamnese
- Diagnosemitteilung
- Therapieplanung und -entwicklung
- Gesprächsbeendigung und Verabschiedung

Zwischen Anamnese und Diagnosemitteilung liegt die körperliche, ggfs. auch apparative Untersuchung, bei der meistens nur wenig kommuniziert wird. Hier werden dem Patienten kurze Instruktionen erteilt (z.B. wie er sich hinlegen, atmen oder sich in einem Röntgenapparat platzieren soll) und es werden einzelne Wahrnehmungen erfragt (wo es bei Berührung weh tut, ob der Patient eine Abbildung erkennen kann etc.).

1. *Anamnesegespräche*

Die ärztliche Anamnese zielt darauf ab, die Krankheitsgeschichte des Patienten zu erfassen. Dazu gehört die Erhebung der Vorgeschichte der Krankheit (frühere Krankheiten, familiäre Belastungen), der Lebensbedingungen und -gewohnheiten des Patienten (Sozialanamnese), des allgemeinen Gesundheitszustands, der Drogen- und Medikamenteneinnahme wie der Geschichte der Beschwerden, wegen derer der Patient den Arzt aufsucht. Teil der Anamnese ist natürlich vor allem die Schilderung der Beschwerden und deren vertiefende Exploration durch den Arzt.

Probleme entstehen bei der Anamnese vor allem durch *schemageleitete Fragestrategien* des Arztes, die für den Patienten intransparent sind und ihm nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der Darstellung seiner Beschwerden und ihrer Geschichte einräumen[16-18]. Ärzte orientieren sich meistens an einem Anamneseschema mit den oben genannten Punkten. Ihre Fragen folgen aufeinander meist oft in Form von geschlossenen Fragen ("Hatten Sie schon mal Probleme mit dem Herzen") oder gar Suggestivfragen ("Mit dem Herz haben Sie keine Probleme"). Für den Patienten ist häufig weder der Zusammenhang der Frage mit seiner eigenen Darstellung noch das Motiv der Frage

einsichtig: Warum ist diese Frage für die Behandlung wichtig? Wozu soll die Antwort verwendet werden? Häufig gibt der Patient keine relevanten Informationen, da er den Zweck der Frage nicht versteht. Da die Fragen meist einen sehr engen Fokus haben und nicht auf die Darstellung von Erlebensprozessen abzielen, hat der Patient keine Gelegenheit, seine Beschwerden so zu schildern, wie er sie im Alltag erlebt, wie sie sich aus seiner Sicht entwickelt haben und welche subjektive Bedeutung sie für ihn haben. Dazu gehört bspw., welche Be- einträchtigungen sie für ihn mit sich bringen, wie er sie sich erklärt oder welche Ängste er mit ihnen verbindet. Durch die schema-orientierte Fragestrategie kommt es also zu einer Fragmentierung der Be- schwerdendarstellung des Patienten, bei der alle subjektiv-lebensweltlich relevanten Aspekte ausge- klammert werden. Der Effekt ist nicht nur Unzufriedenheit und Verwirrung beim Patienten. Häufig führt diese ärztliche Fragestrategie auch dazu, dass es zu Missverständnissen kommt, dass der Patient wesentliche Informationen nicht vermitteln kann und dass kein Gesamtzusammenhang der Beschwerdengeschichte entsteht. Dieser schemagelei- teten Fragestrategie des Arztes steht eine *patienten- orientierte Fragestrategie* gegenüber. Der Arzt stellt hier offene Fragen, die vor allem auf die Entwicklung der Beschwerden abzielen ("Wie haben sich ihre Beschwerden entwickelt?", "Wann haben Sie das erste Mal den Schmerz verspürt?", "Wie ging es dann weiter?"). Damit wird der Patienten ermutigt, seine Beschwerdegeschichte zu erzählen. Er kann damit dasjenige Darstellungsformat benutzen, in dem er auch alltagsweltlich seine Erlebnisse verarbeitet und kommuniziert und das ihm erlaubt, den subjektiv relevanten Gesamtzusammenhang seiner Belastungen darzulegen. Erst nachdem der Patient die ausführliche Gelegenheit zur narrativen Darstellung seiner Beschwerden erhalten hat, können dann vertiefend solche anamnestischen Aspekte vertieft werden, die vom Patienten selbst nicht angesprochen wurden. Korrespondierend zu einer patientenorientierten Frage- strategie muss der Arzt *aktiv zuhören*, d.h. durch Rückmeldungen zu verstehen zu geben, dass er dem Patienten aufmerksam folgt und ihn versteht. Durch regelmäßige Zusammenfassungen, Rückfragen und die explizite Formulierung seiner Schlussfolgerungen aus den Äußerungen des Patienten muss der Arzt versuchen, die gemeinsame Verständigung abzusi- chern.

2. *Visitengespräche*[15] (Siegrist 1982)

Während die Anamnese in einer dyadischen Arzt-Patient-Situation stattfindet, sind bei Visitengesprächen im Krankenhaus oft viele weitere Personen (Assistenzärzte, Anästhesist, Schwestern, Pflegepersonal etc.) zugegen. In dieser Konstellation spricht zumeist das Krankhauspersonal mehr miteinander über den Patienten als mit dem Patienten selbst. Der Patient muss deshalb wichtige Informationen über seinen Gesundheitszustand, neue Befunde, geplante Therapien und ihre Gründe etc. aus der Interaktion zwischen dem Personal erschließen. Sie werden ihm aber nicht selbst explizit und ausführlich mitgeteilt. Dazu kommt, dass das medizinische Personal sich natürlich untereinander in fachsprachlicher Terminologie unterhält, die für den Patienten zumeist kaum verständlich ist, und dass sie so leise miteinander sprechen, dass der Patient vieles schon rein akustisch gar nicht hören kann. Der Patient bleibt daher über viele Aspekte der Behandlung und des kommunikativen Geschehens im Unklaren, und es kann sein, dass er sich aufgrund der mitgehörten Interaktionen ein völlig falsches Bild macht. Zumeist erhält der Patient kaum Gelegenheit, selbst Fragen zu stellen. Untersuchungen zeigen, dass Patientenfragen meist abgewehrt, übergangen, ausweichend oder mit The-

menwechsel beantwortet werden. Dies geschieht insbesondere bei ungünstiger Krankheitsprognose. In Modellprojekten wird versucht, in der Visite verstärkt die direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient in den Mittelpunkt zu stellen, dem Patienten mehr Raum für Fragen zu geben und ihn explizit und verständlich über Befunde und geplante Maßnahmen aufzuklären.

3. *Diagnoseerteilung*

Wenn der Arzt dem Patienten eine schlimme Diagnose (wie z.B. Krebs, Aids) mitteilen muss, ist dies nicht nur für den Patienten eine schwere Belastung. Es ist auch für den Arzt eine sehr unangenehme und heikle Aufgabe. Häufig führt dies dazu, dass der Arzt die Diagnose nicht in ihrer vollen Tragweite und Härte formuliert, sondern vage oder euphemistische Begriffe benutzt (z.B. "Durchblutungsstörung" statt "Schlaganfall"). Viele Ärzte versuchen dabei, sich ausschließlich auf den biomedizinisch sachlichen Aspekt der Diagnose zu konzentrieren und diesen möglichst kurz und knapp abzuhandeln ("Ich muss ihnen leider sagen, dass sie Brustkrebs haben. Die Brust muss ab. Also, wir werden jetzt als Nächstes…"). Der Patient reagiert auf die Diagnose einer chronischen oder lebensbedrohlichen Krankheit bzw. Behinderung mit Angst, Verzweiflung und, vor allem anfänglich, mit Verstörung. Ärzte sind häufig von diesen emotionalen Reaktionen der Patienten überfordert. Sie gehen daher oft nicht oder nur sehr formelhaft ("Das kriegen wir schon hin!", "Es ist ja noch nicht aller Tage Abend") auf sie ein.

Sowohl die Erteilung der Diagnose selbst als auch der Umgang mit den Emotionen des Patienten erfordert vom Arzt eine sehr fein auf die Reaktionen des Patienten abgestimmte Gesprächsführung. Der Arzt sollte bei der Diagnoseerteilung zunächst das *Vorwissen des Patienten* und sein *Informationsbedürfnis* klären[8]: Was weiß bzw. ahnt der Patient schon? Wie viel an Information will er wissen? Welche Informationen kann man ihm (jetzt) zumuten? Anstatt umstandslos eine Diagnose zu erteilen, empfiehlt es sich für den Arzt deshalb, erst einmal die Einschätzung des Patienten einzuholen (Maynard 1991; 2003: "perspective display sequence"). Bei der Diagnosemitteilung muss er sehr genau auf die emotionalen Reaktionen des Patienten achten. Der Arzt kann dann seine eigene Darstellung an die Annahmen und Befürchtungen des Patienten anpassen. Wichtig ist dabei, den Patienten ehrlich aufzuklären und ihn über seine Prognose nicht im Unklaren zu lassen. Gleichzeitig muss der Arzt zeigen, dass er die Emotionen versteht und dass der Patient sie auch in der Gesprächssituation ausdrücken darf und dass der Patient Trost und Hilfe erwarten darf. Wichtig ist dies auch deshalb, weil der Arzt prüfen muss, ob der Patient über hinreichende Möglichkeiten zur Bewältigung der Diagnose verfügt oder ob er psychologischer Hilfe bedarf.

Für die Krankheitsbewältigung sind weiterhin die *subjektiven Theorien* der Patienten von großer Bedeutung. Der Arzt hat hier die Aufgabe, zu erfahren, wie sich der Patient selbst seine Krankheit erklärt. Er kann dann den Patienten dadurch entlasten, dass er unzutreffende Erklärungen und Befürchtungen ausschließt, die den Patienten mit unnötigen Ängsten, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen belasten (z.B. Krebs sei die Strafe für ein nicht richtig gelebtes Leben).

Ein generelles Problem der APG, das besonders bei der Diagnoseerteilung relevant wird, ist der Gebrauch von *medizinischer Fachsprache*[4]. Ärzte benutzen oft fachsprachliche Bezeichnungen für Befunde, Diagnosen, Therapieverfahren, Wirkungsweisen von Medikamenten etc., ohne zu prüfen, ob der Patient sie verstehen kann. Die medizinische Fachsprache ist im Vergleich zu manchen anderen Fachsprachen (etwa

des Rechts oder des Handwerks) noch weiter von der Alltagssprache entfernt: Ihre Bedeutung ist für den Patienten durch ihre zumeist lateinisch-griechische Etymologie nicht einfach abzuleiten, viele Begriffe klingen sehr komplex und dabei zum Verwechseln ähnlich ("Hypertonie" vs. "Hypotonie", "Arthrose" vs. "Arthrodese" vs. "Arthritis"), manche Begriffe sind alltagsnah, haben aber eine spezifischere Bedeutung (z.B. "Grippe", "Stress", "Depression"). Zudem beziehen sich medizinische Begriffe zumeist auf sehr komplexe und unanschauliche Sachverhalte. Um sie wirklich verstehen zu können, wäre das fachliche Verständnis komplizierter Zusammenhänge und Untersuchungsmethoden erforderlich. Ein spezielles Problem, das insbesondere bei Patienten mit chronischen Krankheiten auftritt, ist der Gebrauch von Fachterminologie durch den Patienten selbst. Patienten stellen oftmals selbst schon ihre Beschwerden in (pseudo-) medizinischer Fachterminologie dar ("Ich habe eine Magenschleimhautentzündung", "ich leide unter manisch-depressiven Attacken"). Damit versuchen die Patienten kooperativ zu sein und Explorationsprozesse abzukürzen. Gleichzeitig stellen sie sich so als Experten der eigenen Krankheit dar, manchmal durchaus auch mit kompetitivem Anspruch dem Arzt gegenüber ("ich kenne meine Krankheit besser als du"). Solche Kategorisierungen können den Arzt in die Irre führen, wenn er nicht genauer exploriert, was der Patient damit meint bzw. welche Prozesse des Krankheitserlebens der Patient mit dieser Kategorisierung verbindet. Sie führen aber auch zu Störungen der Arzt-Patient-Beziehung, wenn es zu einem Wettbewerb zwischen Arzt und Patient um die Krankheitsexpertise kommt. Häufig weisen Ärzte die Kategorisierungen des Patienten einfach zurück, ohne den Unterschied zwischen der vom Patienten vorgenommenen Kategorisierung (z.B. "manische Depression") und der aus der Sicht des Arztes zutreffenden (z.B. "bipolare Depression") zu erläutern.

Syndromspezifische kommunikative und sprachliche Eigenheiten

Bis jetzt haben wir APG vor allem unter dem Aspekt der ärztlichen Gesprächsführung, ihrer Aufgaben, Probleme und Lösungsmöglichkeiten betrachtet. Der Patient ist dabei als Dialogteilnehmer in den Blick gekommen, den es zu verstehen gilt, dem Möglichkeiten der aktiven Gesprächsbeteiligung einzuräumen sind und zu dem eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen ist. Nun ist bei manchen Krankheiten für den Arzt nicht nur wichtig, *was* der Patient über seine Krankheit sagt. Für die Diagnose und die Behandlung ist gerade bei psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen vielfach das *Wie*, also die Art und Weise des Sprechens und Kommunizierens des Patienten von allergrößter Bedeutung. In den letzten Jahren ist dieser Frage für verschiedene psychiatrische und psychosomatische Syndrome nachgegangen worden. Untersucht wurden Patienten mit (organisch bedingten) epileptischen Anfällen im Vergleich zu Patienten mit (nicht-organisch bedingten) dissoziativen Anfällen (Gülich/Schöndienst 1999), Patienten mit unterschiedlichen Ängsten [5,12,30], Schmerzpatienten[21] und Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung (Deppermann/Lucius-Hoene 2005, Foa et al. 2001). Ich möchte hier kurz auf die Forschungen zur Kommunikation von Anfallspatienten und von Traumatisierten eingehen.

1. *Anfallspatienten*

In der klinischen Praxis der Neurologie ist es vielfach sehr schwierig, anhand von apparativen Untersuchungen (EEG, Computertomographie) eindeutig festzustellen, ob epileptoforme Anfälle (von kurzen Absencen bis hin zu schweren generalisierten

Krampfanfällen mit Halluzinationen, Defäkation etc.) eine organische Ursache haben. Gülich/Schöndienst[11,22] konnten zeigen, dass die genaue linguistische Analyse der Anfallsbeschreibungen von Patienten zu einer differentialdiagnostischen Klärung beitragen kann. Sie entdeckten folgende systematische Unterschiede zwischen den Anfallsschilderungen von fokalen Epileptikern und dissoziativen Patienten:

- Epileptiker beschreiben ihre Anfälle selbstinitiiert; sie schildern sie detailliert, konkret und oftmals metaphorisch (z.B. Anfall als Gegner, den sie zu bekämpfen versuchen: "Wenn der Anfall kommt, dann versuche ich…"), sie reformulieren ihre Schilderungen vielfach und thematisieren ihre Beschreibungsprobleme (Gülch 2005b).
- Dissoziative Patienten vermeiden die Thematisierung von Anfällen; sie charakterisieren ihre Anfälle nur sehr vage und abstrakt, der Anfall wird nur selten metaphorisch beschreiben und es wird keine aktive Abwehr des Anfalls dargestellt. Sie benutzen sehr viele Negationen, um zu kennzeichnen, wie die Anfälle nicht sind.

Die Anfallsschilderungen der Patienten sind also insbesondere dann wertvoll, wenn apparativ-diagnostisch keine klare Diagnose getroffen werden kann. Aber auch ungeachtet dessen geben sie schon von Beginn der Behandlung an wichtige Aufschlüsse über das Selbsterleben des Patienten, die therapeutisch von Belang sind, z.B. über die Bedeutung der Anfälle für die Identität des Patienten, über seine Strategien der Anfallsbewältigung, über die Bedeutung der Anfälle im sozialen Kontext usw. Die Untersuchung zeigt, dass solche diagnostisch und therapeutisch sehr relevanten Erkenntnisse aus den Darstellungen der Patienten nur gewonnen werden können, wenn sie Gelegenheit zur narrativen Darstellung der Anfälle erhalten[9].

2. *Traumapatienten*

Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörungen nach schweren Unfällen, Naturkatastrophen, Krieg oder Vergewaltigung leiden unter vielfältigen psychovegetativen Symptomen (wie schweren Schlaf- und Konzentrationsstörungen), psychosozialen Problemen (Kontakt- und Vertrauensstörungen, sexuelle Schwierigkeiten), emotionalen Belastungen (wie Depression, emotionale Labilität oder Affektverflachung bis hin zur Apathie) und gedächtnisbezogenen Symptome (Erinnerungslücken und Intrusionen (flashbacks)[24]. Mit letzterem ist das zwanghafte Nacherleben des traumatischen Erlebnisses gemeint, das sich oftmals einstellt, wenn die Person mit Situationen konfrontiert ist, die in irgendeiner Weise der ursprünglichen Traumasituation ähnlich sind oder die auf sie verweisen (z.B. bei ähnlichen Sinneswahrnehmungen (wie Gerüchen oder Bildern), beim Erzählen über das Trauma). Wie gut traumatische Erlebnisse bewältigt sind, lässt sich unter anderem an der Art und Weise erkennen, wie die traumatische Situation sprachlich- kommunikativ dargestellt wird[7] (Foa et al. 2001). Besondere Indikatoren traumatischer Belastung sind die

- *abstrakt-vage, lückenhafte und enttemporalisierte Darstellung* (d.h.: die zeitliche Abfolgen der Darstellungselemente ist nicht erkennbar), oftmals fehlt der Höhepunkt der Erzählung des traumatischen Erlebnisses und die Darstellung ist nicht mit vorangehenden und folgenden biographischen Kontexte verknüpft.
- *Entsubjektivierung* der Darstellung bis hin zur Depersonalisierung und Derealisierung; Entsubjektivierung kann darin bestehen, dass das Geschehen nur aus der Perspektive Dritter oder der Täter geschildert wird (und nicht aus der eigenen Opfer- bzw. Betroffenheitsperspektive); sie besteht vor allem auch darin, dass das traumatische Erleben de-agentiviert, d.h., in unpersönlicher oder passivischer Form als subjektloser, autonomer Prozess geschildert wird. Oftmals fehlt dabei die Referenz auf Personen als Opfer und Täter ("dann ging der Unfall los, ein anderes Kraftfahrzeug hat meines gerammt…"; "es kam nicht zu einer Vergewaltigung, es kam aber zum Anfassen")
- Starke *emotionale Betroffenheit* in der Erzählzeit, die anzeigt, dass der Erzähler das traumatische Erlebnis wiedererlebt. Anzeichen dafür sind neben expliziten Thematisierungen der emotionalen Belastung verschiedenste paraverbale Indikatoren emotionaler Belastung. Dazu gehören vor allem zunehmende Formulierungsprobleme und -abbrüche, verschiedene stimmliche Beeinträchtigungen (sehr schnelles, gehetztes Sprechen, sehr lautes oder sehr leises Sprechen, Hyperventilation, Stauatmung, Schlucken, Räuspern, Tremolo, Weinen bis hin zum Stimmversagen). Im Extremfall kommt es zum Abbruch des Erzählens. Nonverbale Phänomene wie Vermeidung des Blickkontakts und Verbergen des Gesichts in den Händen deuten ebenso auf emotionale Belastung durch soziale Gefühle wie Schuld und Scham. Vielfach gehen die prosodischen und nonverbalen Belastungsindikatoren der Schilderung der traumatischen Erlebnisse voraus, sie deuten also auf sie voraus und geben dem Zuhörer zu verstehen, dass er sich auf die Darstellung einer schlimmen Erfahrung einzurichten hat.
- Die Darstellung wird vielfach von *Selbstvorwürfen* ("Hätte ich doch nur xy getan!") und dem Ausdruck von *Schuldgefühlen* begleitet. Dies geschieht vor allem in Argumentationen, mit den das eigene Verhalten in der Situation problematisiert oder gerechtfertigt wird, und durch die (oft ratlose) Abwägung von Handlungsalternativen.

Neueste Entwicklungen

Bis Mitte der 1990er Jahre standen in den Forschungen zur APG vor allem die Fragen der Asymmetrien im Gespräch, die Probleme des Fachwortgebrauchs und ärztliche Fragetechniken im Vordergrund der Untersuchungen. Neuere Untersuchungen interessieren sich dagegen mehr für die Spezifika der Kommunikation mit besonderen Patientengruppen (z.B. Krebskranken, Aidskranken, Schmerzpatienten) und anderen Personengruppen (wie Kleinkindern, Mirganten), bei denen sich spezielle Kommunikationsprobleme stellen. Ein anderer neuer Untersuchungsbereich ist die mediale medizinische Kommunikation, z.B. in Newsgroups und Foren von Betroffenen im Internet, auf Ratgeberseiten (Eckkrammer i.Dr.) und in Beratungs-Chats[4] sowie die Verhandlung medizinischer Sachverhalte in Beratungs- und Diskussionssendungen im TV. Diese medialen Genres werden zunehmend auch für das APG relevant, da Patienten ihre Informationen und Meinungen zu medizinischen Fragen ganz wesentlich aus den Medien gewinnen (Lalouschek 2004). Die Untersuchung syndromspezifischer Sprach- und Kommunikationsstrategien bietet interessante Perspektiven für die Integration linguistischer, psychologischer und medizinischer Betrachtungsweisen auf Krankheit. Die Linguistik hat hier die Chance, dem Arzt einen wissenschaftlich fundierten Zugang zum alltäglichen Ausdruck von Krankheit zu vermitteln, den er unmittelbar im APG für seine klinische Urteilsbildung nutzen kann. Er kann so zu einem vertieften Verständnis der alltagsweltlichen Relevanz der Krankheit für den Patienten und seines Umgangs mit ihr gelangen.

Reference

1. Argelander.(1990). Der Text und seine Verknüpfungen. Heidelberg: Springer.
2. Birkner K.(2006). Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung 7, S.152-183, verfügbar unter <http://www. gespraechsforschung-ozs.de/heft2006/ga-birkner.pdf>
3. Bliesener T.(1982). Die Visite ein verhinderter Dialog. Tübingen: Narr Borde, Thea/David, Matthias (2005): Migrantinnen verstehen und erreichen nicht nur eine Frage der sprachlichen Verständigung. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.325-339
4. Brünner G.(2005). Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laein- Kommunikation. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.90-109.
5. Capps L, Ochs E.(1995). Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia. Cambridge, MA.
6. Deppermann A.(2003). Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration. In: Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Themenheft: "Der erzählte Schmerz", 5(3), 164-180.
7. Deppermann A, Lucius-Hoene G.(2005). Trauma erzählen. Kommunikative, sprachliche und stimmliche Verfahren der Darstellung traumatischer Erlebnisse. Psychotherapie und Sozialwissenschaft 1, 35-73.
8. Ditz S.(2005). Die Mitteilung der Diagnose Brustkrebs. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.224-241.
9. Gülich.(2005a). Krankheitserzählungen. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.73-89.
10. Gülich E.(2005b). Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos Gattungsmerkmal - Formulierungsressource. In: Gesprächsforschung 6, 222-244 verfügbar unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2005/ga-guelich.pdf>
11. Gülich E, Schöndienst M.(1999). 'Das ist unheimlich schwer zu beschreiben'. Formuliin Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte, in: Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung 1, 199-227.
12. Günthner S.(2006). Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In: Gesprächsforschung 7, S.124-151, verfügbar unter <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft 2006/ga-guenthner.pdf>
13. Jung S.(2005). Das präoperative Aufklärungsgespräch. Baden-Baden: Nomos.
14. Koerfer A, Obliers R, Köhle K.(2005a). Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.137-157.
15. Koerfer A, Obliers R, Köhle K.(2005b). Das Visitengespräch: Chancen einer dialogischen Medizin. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.256-284.
16. Lalouschek J.(2002). Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Untersuchung zu Formen des ärztlichen Gesprächs. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, verfügbar unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2002/lalouschek.htm>
17. Lalouschek J.(2005a). Medizinische Konzepte und ärztliche Gesprächsführung am Besipiel der psychosomatischen Anamnese. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.48-72.
18. Lalouschek J.(2005b). Inszenierte Medizin - Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, verfügbar unter <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2005/lalouschek2.htm>.
19. Löning P.(2001). Gespräche in der Medizin. In: Antos, Gerd / Brinker, Klaus / Heinemann, Wolfgang / Sager, Sven (Hg): Text- und Gesprächslinguistik, 2. Halbband. Text- und Gesprächslinguistik. Berlin: de Gruyter, S.1576-1589.
20. Maynard D.(2003). Bad News, Good News. Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings. Chicago, IL: University of Chicago Press.
21. Menz F, Lalouschek J.(2005). Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beschreibung von akutem Thoraxschmerz. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.174-185.
22. Meyer B.(2004). Dolmetschen im medizinischen Aufklärungsgespräch. Eine diskursanalytische Untersuchung zur Arzt-Patienten-Kommunikation im mehrsprachigen Krankenhaus. Münster: Waxmann.
23. Nothdurft W, Reitemeier U, Schröder P.(1997). Beratungsgespräche. Tübingen: Narr.
24. Resick P.(2003). Stress und Trauma. Bern: Huber
25. Schöndienst M.(2002). Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinischen Methode, in: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 4, 4, 253-269.
26. Schwabe M.(2006). Kinder und jugendliche als Patienten. Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallspatienten in pädiatrischen Sprechstunden. Göttingen: V & R Unipress.
27. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G.(1977). Paradoxon und Gegenparadoxon. Stuttgart: Klett-Cotta.
28. Köhle K, Raspe HH.(Hg.)(1982). Das Gespräch während der ärztlichen Visite. München: Urban und Schwarzenberg.
29. Spranz-Fogasy T.(2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.17-47.
30. Streeck U.(2004). Auf den ersten Blick. Stuttgart: Klett-Cotta.
31. Tannen D, Wallat C.(1987). Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical encounter. In: social Psychology Quaterly 50, 2, S.205-216.

2007년 5월
Vol. 2, No. 1, May 2007

의료커뮤니케이션

Health Communication, The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare

대한의료커뮤니케이션학회
Korean Academy on Communication in Healthcare