ZGL

Zeitschrift für germanistische Linguistik

Deutsche Sprache in Gegenwart und Geschichte

Herausgegeben von
Helmut Henne · Els Oksaar · Peter von Polenz
Herbert Ernst Wiegand

15

1987

Walter de Gruyter Berlin · New York

THOMAS SPRANZ-FOGASY

ALTERNATIVEN DER GESPRÄCHSERÖFFNUNG IM ÄRZTLICHEN GESPRÄCH*

1. Vorbemerkung
2. Aufgaben der Interaktionspartner
3. Eröffnungszüge
4. Zusammenfassung
5. Zweit- und Folgegespräche
6. Transkriptionszeichen
7. Anmerkungen
8. Literatur

1. Vorbemerkung

Aller Anfang ist schwer – dieses Sprichwort gilt auch für das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Jedenfalls ist dies der Eindruck, den Ärzte vermitteln, wenn sie gefragt werden, was ihnen denn in ihrer Gesprächsführung Probleme bereitet. Diese Unsicherheit der Ärzte mit ihrer Gesprächseröffnung ist Anlaß, sich mit dieser Frage einmal unter gesprächsanalytischen Gesichtspunkten zu befassen. Weitere Gründe dafür, diesen besonderen Ausschnitt des ärztlichen Gesprächs zu beleuchten, liegen darin, daß an diesem Punkt der Einstieg in die Sache d. h. in das Gespräch über gesundheitliche Probleme und Beschwerden des Patienten stattfindet, und daß sich dort auch wesentliche Momente der Beziehungsdefinition finden. Und wenn manche Ärzte den ersten Äußerungen ihrer Patienten soviel an Bedeutung zumessen, daß sie diese im Wortlaut in ihre Patientenakte eintragen und aus ihnen schon die wesentlichen diagnostischen Erkenntnisse ziehen können¹, so gilt sicher auch umgekehrt, daß erste ärztliche Äußerungen in besonderer Weise vom Patienten wahrgenommen werden.

Um Mißverständnisse von vornherein zu vermeiden, sei gleich gesagt, daß ich hier vor allem das Erstgespräch² zwischen Patient und Arzt behandle. Zweit- bzw. Folgegespräche spielen keine Rolle; allerdings sind Analogiebildungen möglich und ich werde am Ende noch einige Anmerkungen zu solchen Gesprächen machen.

* Diese Arbeit entstand im Rahmen eines DFG-Forschungsstipendiums zur Umsetzung gesprächsanalytischer Erkenntnisse in die professionelle Kommunikationspraxis, Ziel des Projekts ist die Ausarbeitung konkreter Trainingsprogramme zur ärztlichen Gesprächsführung.

¹ Vgl. HARTMANN (1978)

² Unter „Erstgespräch“ verstehe ich solche Gespräche zwischen Arzt und Patient, in denen gesundheitliche Probleme des Patienten zum ersten Mal oder – nach einer abgeschlossenen Behandlungsphase – erneut besprochen werden.

2. Aufgaben der Interaktionspartner

Für das Verständnis der Gesprächseröffnungen in Arzt-Patienten-Interaktionen soll zunächst einmal aufgedeckt werden, was für Aufgaben³ sich den Teilnehmern an diesem Punkt ihres Gesprächs stellen und welche unterschiedlichen Lösungen verschiedene Ärzte dafür entwickelt haben. Ich möchte dabei auf die interaktiven Aufgaben der Begrüßung, der Regelung der Sitzordnung und ähnliche Präliminarien und Begleitumstände der Gesprächseröffnung⁴ nur in Ausnahmefällen eingehen und sie nicht systematisch behandeln.

Die erste Aufgabe ist dann die Fokussierung der Aufmerksamkeit⁵ in der Weise, daß die Gesprächspartner einander deutlich machen, daß sie jetzt genügend konzentriert sind, um das Hauptanliegen des Gesprächs gemeinsam anzugehen. Diese Fokussierung der Aufmerksamkeit wird oft genug auch verbal demonstriert; Äußerungen wie *so, na, gut* oder auch (mit besonderer Betonung ausgesprochen:) *frau/herr meier*, die von Arztseite kommen, zeigen an, daß er jetzt bereit ist, sich die Beschwerdeschilderung des Patienten anzuhören und vorherige Äußerungen, wenn es sie denn gegeben hat, als Vorgespräch gelten sollen. Die Reaktionen des Patienten bestehen zumeist aus Schweigen oder allenfalls einem bestätigenden *ja*, da er dem Arzt normalerweise gestatten will, das „eigentliche“ Gespräch zu eröffnen. Der Patient stellt damit einen *slot*⁶, einen „Platz-zum-Reden“, zur Verfügung und akzeptiert damit auch die Dominanz des Arztes in der Gesprächsführung.

Die gemeinsame Fokussierung klärt an dieser Position die Gesprächssituation für die Interaktionspartner. Eine solche Klärung ist erforderlich, weil im Anschluß daran (mittelbar oder unmittelbar) die zweite wesentliche Aufgabe der Arzt-Patienten-Interaktion entsteht: das Problem der Schilderung der Beschwerden, d. h. der Vermittlung des (authentischen) Wissens über den oft sehr komplexen Sachverhalt der Beschwerden⁷. Problembeladen ist die Vermittlung vor allem wegen einer besonderen Eigenschaft dieses Wissens, seiner Authentizität und

³ Die hier praktizierte Gesprächsanalyse geht von einem problemtheoretischen Ansatz aus, dessen Grundüberlegung darin besteht, daß Interaktionspartner in ihrem kommunikativen Handeln eine Reihe von Interaktionsaufgaben bewältigen müssen. Alle sprachlichen Aktivitäten werden demnach als Lösungen zugrundeliegender Aufgaben aufgefaßt und entsprechend interpretiert. Der Ansatz wird näher erläutert in der Einleitung von NOTHDURFT (1984).

⁴ Allerdings soll damit nicht gesagt werden, daß diese Präliminarien unwesentlich seien, RIPKE (1986 b) demonstriert, wie die Kontaktaufnahme im Wartezimmer, der Händedruck, die Körperhaltung etc. diagnostisch und therapeutisch aufschlußreich ist.

⁵ Zu Fokuswechsel und Fokussierungsaktivitäten vgl. KALLMEYER (1978).

⁶ Unter „slot“ versteht man in der textlinguistisch orientierten Gesprächsanalyse eine in der Struktur eines Textes vorgesehene, in ihrer Position bestimmte Passage, wobei offen bleibt, wie die konkrete Realisierung („filler“) dieser Passage erfolgt (vgl. PIKE 1982). Meine Übersetzung mit „Platz-zum-Reden“ geht dabei über die sehr formale Bestimmung der üblichen Übersetzung („Leerstelle“) hinaus.

⁷ Vgl. zur Schilderung der Beschwerden in ärztlichen Sprechstundengesprächen NOTHDURFT (1985) und allgemeiner zu Problempäsentationen NOTHDURFT (1984).

Privatheit: was vorläufig nur der Patient weiß, soll im folgenden in einem interaktiven Prozeß in gemeinsames Wissen umgewandelt werden und zwar mindestens so weit, daß der Arzt mit diesem Wissen und seinem typisierten professionellen Wissen therapeutische Schritte einleiten kann.

Eine solche Klärung der Gesprächssituation ist außerdem erforderlich, weil Umstände oder Präliminarien des Gesprächs die Aufmerksamkeit ablenken könnten. Meist stehen ja – wie schon gesagt – am Anfang der Interaktion Begrüßungsaktivitäten, und/oder es müssen noch vor dem eigentlichen Gespräch andere Dinge abgeklärt werden (z. B. Informationen aus der Karteikarte holen, Anweisungen ans Personal geben, Platz nehmen, Instrumente beiseite räumen etc.), manchmal werden auch längere Vorgespräche geführt, die mit dem Hauptanliegen noch nichts zu tun haben. Für all diese Dinge muß in ausreichender Weise ein Abschluß erreicht werden, der es ermöglicht, die Aufmerksamkeit auf die Schilderung der Beschwerden zu lenken. Ein Beispiel, in dem dies nicht in ausreichender Weise geschehen ist und dementsprechend Turbulenzen die Folge sind, findet sich im ersten Gesprächsausschnitt. Es kommt zu einem „Fehlstart“, und der Arzt muß die Aufforderung zur Beschwerdeschilderung wiederholen. (Es handelt sich um ein anamnestisches Erst- und Lehrgespräch in einer Universitätsklinik⁸.)

Beispiel 1⁹

A: könn se sagen 0 herr 0 meier 00 wies ihnen jetzt erstmal 0 am 0 montach geht
P:

A:

P: jo 0 mir gehts heut morgen gut 0 mir gehts vor allem diese ganze zeit gut 00

A:

sagen sie doch

P: äh 0 ich weiß nicht soll ich 0 soll ich von vorne anfangen

A: mir ganz einfach ...

was sie jetzt fühlen

P: im moment gehts mir gut hab keine beschwerden

A: damit wir 0 äh sehen

mh

damit wir überhaupt erst

P: gar keine beschwerden nichts wie

A: mal sehen wie wir hier s gespräch 0 führen können

aber sie

P: mhm jo jo kann ich

A: haben jetzt keinerlei beschwerden 0 und sie hätten jetzt auch die zeit

P: nein

...

A: ja dann wär mirs 0 äh s wichtigste äh daß sie 0 erstmal sagen 0 warum sie

P:

A: zum arzt gegangen sind 00 und 0 schließlich hier angekommen sind 0 1,50

P: ja

⁸ Für die Überlassung von Gesprächen danke ich Prof. Schüffel (Leiter der Abteilung Psychosomatik im Zentrum für Innere Medizin, Universität Marburg).

⁹ Zur Notation der Gespräche s. Abschnitt 6, Transkriptionszeichen.

P: *des war folgendermaßen 00 ich hatte 0 des war nämlich jetzt genau vor 0 vierzehn tagen 0 montach 00 vor vierzehn tagen 0 äh 0 hatt ich jo 0 zunächst is mir das gar net so aufgefallen ich war unterwegs mit m kollegen (...)*

K: *P ERZÄHLT NUN SEINE GESCHICHTE RELATIV AUSFÜHRLICH UND „GEKONNT“*

Für den Patienten ist erkennbar unklar, was er sagen soll (*ich weiß nicht soll ich 0 soll ich von vorne anfangen*). Der Arzt spürt ebenfalls die Unzulänglichkeit seiner Gesprächseröffnung; er wiederholt seine Aufforderung (*sagen sie mir doch ganz einfach ... was sie jetzt fühlen*), begründet sie (*damit wir überhaupt erstmal sehen wie wir hier s gespräch führen können*), und schließlich klärt er von sich aus noch einmal die Dinge (Zeit, Gelegenheit), die sich störend auf das Gespräch auswirken könnten. Erst dann wiederholt er seine Aufforderung (allerdings in anderer und präziserer Form (statt *wies ihnen jetzt ... erstmal geht* fordert er den Patienten auf, zu sagen *warum sie zum arzt gegangen sind 00 und schließlich hier angekommen sind*).

Eine andere Form der Unsicherheit gibt es im zweiten Gesprächsbeispiel:

Beispiel 2

A: *so naa 020 was führt sie denn hierher 020*

P:
K: *ZU BEGINN STIMMENGEWIRR, GERÄUSCHE*

A: *setzen s sich mal 0 mh*

P: *guten morgen* *ich bin mit mei- ich hab also wahnsinnige*

A: *jaa*

P: *magenschmerzen ... immer so übel und nu geht das schon 0 drei wochen lang so 0*

A: *na woher*

P: *und ich wei- ich glaube ich weiß auch woher das kommt* *ich lebe zur zeit*

A:

P: *in scheidung mit meinem mann*

Die (**offene**) **Frage** (*was führt sie denn hierher*) ist erkennbar zu früh gestellt worden. Die Patientin befindet sich noch mitten in der Begrüßungsphase (*guten morgen*) und auch die nötige Ruhe ist noch nicht hergestellt worden: die Patientin sitzt noch gar nicht und muß von der Ärztin erst dazu eingeladen werden. Die Ärztin muß dann ihre Aufforderung zur Beschwerdeschilderung noch einmal, wenn auch nicht mehr mit einer ausführlichen Frage, wiederholen (*mh*). Die Reaktion der Patientin ist eine leichte Unsicherheit, sie muß zwei Anläufe machen, um ihre Beschwerdeschilderung beginnen zu können (1. *ich bin mit mei-* und 2. *ich hab also wahnsinnige magenschmerzen*). Die Mittel zur Fokussierung der Aufmerksamkeit (*so* und *naa*) wurden von der Ärztin hier zu einem Zeitpunkt eingesetzt, der zu früh war, um tatsächlich den gewünschten Erfolg zu erzielen. Die Patientin ist erkennbar irritiert¹⁰.

¹⁰ Allerdings ist der Fehlstart von P hier diagnostisch aufschlußreich, beginnt sie doch mit ihrem „eigentlichen“ Problem: dem Zustand ihrer Ehe und sichert sich erst anschließend die Zuständigkeit eines Arztes über das Symptom *wahnsinnige magenschmerzen*.

Es genügt also nicht, mit solchen Signalen die Aufmerksamkeit zu fokussieren, Präliminarien und Begleitumstände müssen es auch zulassen, daß die ungeteilte Aufmerksamkeit überhaupt möglich ist.

3. Eröffnungszüge

Die meisten Ärzte nutzen den durch die interaktive Fokussierung hergestellten slot dazu, von sich aus vom Patienten mit einer Frage, jedenfalls mit einer Aufforderung die Darstellung seiner Beschwerden anzufordern. Diesen Sachverhalt möchte ich – als Hauptanliegen dieser Arbeit – in seinen unterschiedlichen Varianten diskutieren.

Wir haben schon im ersten Gesprächsbeispiel zwei verschiedene Eröffnungszüge kennengelernt. Es handelt sich bei beiden um relativ **offene Aufforderungen**, die dem Patienten ein weites Feld dafür erschließen, wie er seine Beschwerdeschilderung entwickeln kann. Die zweite Aufforderung ist dabei inhaltlich enger umrissen, jedenfalls hinsichtlich ihrer Funktion, den Patienten zur Darstellung seiner Beschwerden zu ermuntern (**inhaltliche Aufforderung**). Die erste Variante enthält noch eine zusätzliche Schwierigkeit: „wie geht es ihnen“ ist im Alltagsverständnis Teil eines Begrüßungsrituals und wird entsprechend vom Patienten, neben der Bedeutung als Aufforderung zur Beschwerdeschilderung, auch so verstanden (*mir gehts heut morgen gut*). In dieser doppelten Aufgabenstellung, dem Dilemma zwischen bloßen Begrüßungsritual und der Aufforderung zur Beschwerdeschilderung, liegt mit ein Grund für das Scheitern dieses Eröffnungszuges. Ein ähnliches Beispiel gibt folgender Gesprächsausschnitt:

Beispiel 3

A: *so 00 wie gehts denn so im moment*

P: *och im moment ganz gut nur die luft*

A: *mhm*

P: *herr doktor ne*

Wiederum ist die Fokussierungsaktivität deutlich zu erkennen (*so* und die Pause). Im Dilemma stehend, entscheidet sich die Patientin hier für eine sequentielle Abwicklung, die zu einem Widerspruch ihrer Aussage führt: *so gut* kann es ihr gar nicht gehen, wenn sie oft nicht atmen kann und Herzbeschwerden hat (was, wie sich später im Gespräch herausstellt, mit dem Ausdruck *luft* gemeint ist). Die – durchaus freundlich gemeinte – **rituell-offene Frage** führt sogar recht häufig zu vermeidbaren Irritationen¹¹.

Auch offen, aber doch wesentlich eingeschränkter, ist die wiederholte Eröffnung in Beispiel 1 formuliert (*warum sie zum arzt gegangen sind 00 und schließlich hier angekommen sind*). Der Rahmen einer möglichen Reaktion des Patienten ist viel enger definiert, angefordert wird die Geschichte der Beschwerden bis zum Zeitpunkt der Ankunft des Patienten in der Klinik. Dieser Aufforderung kommt

¹¹ Das Beispiel entstammt der Arbeit von REHBEIN (1986), REHBEIN spricht von einer „antinomischen Formulierung“ im Beitrag der Patientin.

der Patient dann nach. Ähnliche Eigenschaften haben Eröffnungszüge wie z. B. „Was führt Sie zu mir?“ (**offene Frage**) oder auch inhaltlich noch enger umrissene Fragen wie „Was haben Sie denn für Beschwerden?“ (**inhaltliche Frage**).

Im nächsten Beispiel erkennen wir eine **implizite Aufforderung** zur Beschwerdeschilderung; es ist allerdings nur akustisch eindeutig erkennbar, daß die besondere Intonation, die der Arzt der Namensnennung (*herr müller*) gibt, diesen Charakter hat:

Beispiel 4

A: *herr müller*

P: *allgemeine frühjahrsmüdigkeit LACHT* *ja ja* *nee ich hab mal wieder*

A:

P: *echt last mit meinem kreuz*

Dieser Arzt gibt dem Patienten keine Vorgaben für den Inhalt seiner Äußerungen mit auf den Weg, allerdings ist dem Patienten schon klar, daß er jetzt „dran“ ist. (Bevor der Patient aber dann ernsthaft seine Beschwerden schildert, versucht er noch, sich mittels einer scherzhaft gemeinten Formulierung psychisch zu entlasten und vielleicht auch die Situation zu entkrampfen. Beleg dafür ist die innere Gegensätzlichkeit seiner beiden abgedruckten Äußerungen, sowie das Lachen.)

Bei Beispiel 5 handelt es sich um einen sichtbar unglücklichen Gesprächsbeginn:

Beispiel 5

A: *tag herr bauer* *so 0 also zuletzt warn sie hier 0 wolln*

P: *tag herr doktor*

A: *wir mal gucken 0*

P: *ja hab ich versucht mal 0 am en bißken pause zu machen*

A: *ja im april anfang april* *war das* *siebenzwanzigsten*

P: *mhm ja ich hab heute* *mhm*

A: *ja und dann haben wir die delphimix weitergegeben ne* *nun haben se da*

P: *mhm*

A: *aber ne ganze menge schon von herr bauer* *gibts irgendwas neues heute oder*

P: *ja*

A: *äh 0 sie kommen wegen der alten sache ne*

P: *ich komm wegen der alten sache*

Der Arzt orientiert sich lange Zeit an seiner Karteikarte und liest sogar daraus vor, bis ihm überhaupt die Idee kommt, daß der Patient auch wegen anderer Beschwerden als der bisherigen bei ihm sein könnte. Er behandelt das Gespräch also von vornherein wie ein Folgegespräch. Der Patient wird damit einfach überfahren und hat keine Chance, von sich aus seine Beschwerden darzustellen. Seine Äußerungen werden schlicht übergangen oder „abgewürgt“ (*ja hab ich versucht mal 0 en bißken pause zu machen* und *mhm ja ich hab heute*). Er darf nur bestätigen, was der Arzt ihm, mit Hilfe geschlossener bzw. **Entscheidungsfragen**, sagt (zweimal durch bestätigendes *mhm*, einmal durch *ja* und

schließlich noch wiederholend mit *ich komm wegen der alten sache*). Diese Art der Gesprächsführung seitens des Arztes setzt sich übrigens auch im weiteren Gespräch fort; der Patient ist, wie sich im Nachgespräch zeigt, sehr unzufrieden¹².

Im Gegensatz dazu finden wir im letzten Beispiel dieser Reihe einen völlig offenen Beginn:

Beispiel 6

A: LACHT ... der is kaputt 0 der stuhl der is

P: gut LACHT jaja der is kaputt

A: 0 ne der is der is kaputt und den kannsch nehmen

P: ah ja 050 HUSTET 020

A: tja LACHT

P: tja 00 LACHT 070. . . und zwar ich komm weils mir im moment also

A:

P: 0 seit drei tagen 0 total komisch geht 0 daß ich nämlich 0 ähm 00 so

A:

P: die stimmen so weiter weg höre und (...)

Nach Klärung der Gesprächsumstände (Sitzordnung) zeigt sich der Arzt lediglich gesprächsbereit und aufmerksam, ohne durch irgendeine Frage oder formulierte Aufforderung die Reaktion (oder besser: die Aktion/den Aktionsradius) der Patientin einzuschränken. Die längeren Pausen, die entstehen, verdanken sich der Unsicherheit der Patientin, in ihrem ersten Gespräch mit diesem Arzt überhaupt, mit einem solch offenen Anfang umzugehen¹³. Jedenfalls entwickelt die Patientin dann ganz von sich aus und damit ohne irgendeine „Rahmung“ seitens des Arztes ihr Beschwerdebild¹⁴. Ich bezeichne diesen Eröffnungszug als **Sich-zur-Verfügung-stellen** des Arztes.

4. Zusammenfassung

Die vorgestellten Gesprächsbeispiele fächern ein breites Spektrum möglicher Gesprächseröffnungen im ärztlichen Gespräch auf. Dieses Spektrum betrifft vor allem die Möglichkeiten, die Aktivitäten des Patienten vorzustrukturieren. Das Spektrum reicht von präformierenden Entscheidungsfragen über offene Fragen bis hin zum bloßen zur-Verfügung-stellen der Aufmerksamkeit:

¹² Für die Überlassung von Gesprächen danke ich Eva Rellecke (Beispiele 4 und 5). Das zuletzt zitierte Gespräch findet sich mitsamt einer Darstellung des Nachgesprächs in RELLECKE (1985).

¹³ Nach meiner Erfahrung als teilnehmender Beobachter bei diesem Arzt passiert dies den Patienten schon beim zweiten Besuch nicht mehr.

¹⁴ Zur Schilderung der Beschwerden in ärztlichen Sprechstundengesprächen vgl. NOTHDURFT (1985) und NOTHDURFT (1984).

Typische Eröffnungszüge

Typen	Beispiele
Entscheidungsfrage	<i>Sie kommen wegen Ihrer Kreuzbeschwerden?</i>
offene Frage	<i>Was kann ich für Sie tun?</i> <i>Was führt Sie zu mir?</i>
rituell-offene Frage	<i>wie geht es Ihnen?</i>
inhaltliche Frage	<i>Was haben sie für Beschwerden?</i> <i>Was fehlt Ihnen denn?</i>
offene Aufforderung	<i>Nun erzählen Sie mal!</i>
inhaltliche Aufforderung	<i>Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind!</i>
implizite Aufforderung	<i>Na, Herr Müller?</i>
Sich-zur-Verfügung-stellen	

Tabellarische Darstellung der Eröffnungszüge

Als Fazit meiner Beispielanalysen lassen sich folgende Überlegungen anstellen: Fragen und inhaltlich formulierte Aufforderungen jedweder Art, und seien sie noch so offen, determinieren einen Rahmen, innerhalb dessen sich die Reaktion des Patienten bewegen muß. Eine ganz freie Gestaltung bleibt von daher nicht mehr möglich. Die Erfahrungen des Arztes in Beispiel 6 belegen aber, daß dies eine Möglichkeit ist, die auch praktikabel ist¹⁵. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen darin, daß der Patient seine Beschwerdeschilderung 1. nach seinen Bedürfnissen gestalten kann und 2. von sich aus gestalten muß (worin zugleich große diagnostische Möglichkeiten liegen¹⁶).

Für den Arzt ergeben sich aus dieser Untersuchung einige Konsequenzen. Er muß in erster Linie einmal genügend Ruhe und Aufmerksamkeit für das Gespräch schaffen, d. h. beispielsweise überprüfen, ob alle Präliminarien abgeschlossen sind (ist noch Personal überflüssigerweise im Raum, sind die Instrumente und andere Dinge von der vorhergehenden Untersuchung beiseite geschafft, hat er die nötigen Unterlagen und Informationen zur Hand, sitzt der Patient und sitzt er selbst, haben sich die Interaktionspartner gegenseitig ausreichend wahrgenommen z. B. durch Begrüßung, haben sie genügend (Blick-)Kontakt für das Gespräch etc.). Am wichtigsten ist es dann, dem Patienten die ungeteilte Aufmerksamkeit und ausschließliche Zuwendung zu demonstrieren.

¹⁵ Vgl. RIPKE 1986 a.

¹⁶ Die Analyse von Problempräsentationen in Beratungsgesprächen macht deutlich, daß unterschiedliche Abwicklungsprinzipien die Darstellungen bestimmen und damit Problemtypen definierbar werden. Analoge Abwicklungsprinzipien müssen für die Schilderung der Beschwerden in ärztlichen Gesprächen allerdings erst noch entwickelt werden (vgl. NOTHDURFT [1985] und NOTHDURFT [1984]).

Direktive Festlegungen auf der Basis eines Karteikartenwissen determinieren die Darstellungen des Patienten, Entscheidungsfragen verengen den Handlungsspielraum für die Beschwerdeschilderung auf eine Ja/Nein-Option. Auf der Basis der vorliegenden Untersuchung kann der Arzt die verschiedenen Varianten der Gesprächseröffnung für seine eigene Gesprächspraxis nutzen und sich schließlich für eine Möglichkeit oder eine ihm genehme Auswahl entscheiden.

Ein immer wieder geäußertes Argument, daß Eröffnungszüge, die dem Patienten breiten Spielraum lassen, den Zeit- und Kostenfaktor nicht berücksichtigen, läßt sich mit den Erfahrungen sowohl der Praktiker, wie auch der Gesprächsanalytiker nicht mehr geltend machen. Der informative, beziehungs-dynamische und diagnostische Zugewinn ist erheblich und wird auch immer den Zeitverlust kompensieren, der in der Phase der Umstellung im Gesprächsverhalten entsteht.

5. Zweit- und Folgegespräche

Die meisten Gesichtspunkte, die in den vorangehenden Abschnitten dargelegt wurden, lassen sich auch auf die Eröffnung in Zweit- und Folgegesprächen anwenden. So gilt z. B. auch die Aufforderung, genügend Ruhe und Aufmerksamkeit für das Gespräch zu schaffen. Ein wesentlicher Unterschied in den Bedingungen eines solchen Gesprächs liegt allerdings darin, daß es von Arzt und Patient gemeinsam und als Fortsetzung vereinbart bzw. auch nur vom Arzt angeordnet wurde. Damit ist ein großer Teil der Gesprächsthemen schon inhaltlich vorgeformt und die Problematik der Authentizität des Wissens, wie wir sie als Problem für das Erstgespräch ausmachen konnten, besteht, jedenfalls in größerem Umfang, nicht mehr.

Dennoch besteht die Möglichkeit, daß der Patient neue und für die Diagnose bzw. Behandlung wichtige Erfahrungen gemacht hat, die er nur dann mitteilen kann, wenn er relativ frei erzählen darf. Das gilt z. B. für Erfahrungen mit den ggf. bis dato vom Arzt angeordneten therapeutischen Maßnahmen. Die für den Arzt aufgrund des bisherigen Behandlungsverlaufs relevanten Informationen können auch im Anschluß an eine wenig gesteuerte Schilderung des Patienten eingeholt werden.

6. Transkriptionszeichen

Die Darstellung der Gesprächsausschnitte in dieser Arbeit erscheint in einer vereinfachten Version der Transkriptionsvorschriften des Instituts für deutsche Sprache (Mannheim). In der Partiturschreibweise werden immer beide Sprecher und ggf. ein Kommentar in einer Partiturzeile erfaßt. Intonations-, Sprechtempi- und Lautstärkephänomene werden nicht notiert.

Siglen:

A = Arzt
P = Patient
K = Kommentar

kleinschreibung

Gesprochene Texte

GROSSSCHREIBUNGUnterstreichung

...

(...)

.

.

Sprechpausen:

-

Kommentartext

Simultanpassagen

unverständliche Sequenzen

Auslassung

größere Auslassung

O = kurze Pause

OO = längere Pause (bis ca. 1 Sek.)

OxO = längere Pause (x steht für Sek.)

Wortabbruch/-fragment

7. Literatur

- HARTMANN, F. (1987): Der erste Satz des Kranken im Gespräch mit dem Arzt. In: *Therapiewoche* (28), S. 8056-8062.
- KALLMEYER, Werner (1978): Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: MEYER-HERMANN, Reinhard (Hg.): *Sprechen - Handeln - Interaktion. Ergebnisse aus Bielefelder Forschungsprojekten zu Texttheorie, Sprechakttheorie und Konversationsanalyse*. Tübingen. S. 191-241.
- NOTHDURFT, Werner (1984): "...äh folgendes problem äh...". Die interaktive Ausarbeitung „des Problems“ in Beratungsgesprächen. Tübingen.
- NOTHDURFT, Werner (1985): ‚Schilderung der Beschwerden‘ in ärztlichen Sprechstundengesprächen. Die interaktive Konstitution des klinischen Sachverhalts. In: LÖNING, Petra/Sven Frederik SAGER (Hg.): *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg. S. 17-38.
- PIKE, Kenneth L. (1982): *Linguistic Concepts. An Introduction to Tagmemics*. Lincoln and London.
- REHBEIN, Jochen (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation. (Ms.) Hamburg.
- RELLECKE, Eva-Maria (1985): Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. In: LÖNING, Petra/Sven Frederik SAGER (Hg.): *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg. S. 39-83.
- RIPKE, Thomas (1986 a): *Ärztliches Handeln in der medizinischen Allgemeinpraxis - an der Person des Patienten orientiert*. (unveröff. Ms.) Heidelberg.
- RIPKE, Thomas (1986 b): *Patientenorientierte körperliche Untersuchung. Referat für das Symposium der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)*. (unveröff. Ms.) Heidelberg.

Adresse des Verfassers: Thomas Spranz-Fogasy, Schulbergweg 4, 6900 Heidelberg.