Reinhard Fiehler · Wolfgang Sucharowski (Hrsg.)

Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining

Anwendungsfelder der Diskursforschung

Westdeutscher Verlag

ISBN 3-531-13244-4

Ärztliche Gesprächsführung - Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung

Thomas Spranz-Fogasy

1. Ärztliche Gesprächsführung in Ausbildung und Forschung

Der berufliche Alltag des niedergelassenen Arztes besteht zum größten Teil aus Gesprächen mit Patienten. Dieser Realität wird die gegenwärtige Aus- und Weiterbildung in Medizinstudium und den vorgeschriebenen Fortbildungsveranstaltungen aber keineswegs gerecht. Es gibt m.W. derzeit keine universitäre Ausbildungsstätte in der Bundesrepublik, in der Fragen der Gesprächsführung in eine Pflichtveranstaltung integriert wären. Im gesamten Medizinstudium ist lediglich der Besuch einer einzigen psychologischen Veranstaltung vorgesehen, die aber selten genug auch Fragen der Gesprächsführung berührt.

In der jüngsten Zeit mehrten sich allerdings - bedingt durch die Gesundheitsreform und die Änderungen der ärztlichen Gebührenordnung - die Angebote der Weiterbildungsinstitutionen (Ärztekammern, Ärzteverbände), auch die ärztliche Gesprächsführung in ihren Veranstaltungen zu behandeln.

Die gegenwärtig bestehende große Diskrepanz zwischen Ausbildung und beruflicher Praxis ist aber, was die Gesprächsführung der Ärzte anbelangt, nicht eine Frage der Rhetorik, sondern steht im Zusammenhang mit handfesten und folgenschweren Problemen dieser Profession. Seit ca. 1980 erscheinen regelmäßig Untersuchungen zur Compliance des Patienten (also zur Mitarbeit an der ärztlich verordneten Therapie), in denen dokumentiert wird, daß bis zu 90% der Patienten (im Schnitt der Untersuchungen 51%) die Vereinbarungen mit ihren Ärzten nicht einhalten, ihre Medikamente nicht oder nicht regelmäßig einnehmen und ihre Lebensgewohnheiten nicht entsprechend den medizinischen Erfordernissen ändern.¹

Die bisherigen Versuche, Fragen der Gesprächsführung weiterbildend zu behandeln, stammen vor allem aus drei Bereichen: der psychosomatisch orientierten Medizin, der Medizinpsychologie und neuerdings auch der Gesprächspsychotherapie. Allen drei Bereichen ist gemeinsam, daß sie ein Patientenbild zugrundelegen, das hinter den somatischen Beschwerden psychische Zusammenhänge vermutet.² Insofern, und auch was die geübte Praxis dieser Forschungs- und Therapierichtungen ist, konzen-

¹ Vgl. Hasenbring & Ahrens (1986); vgl. auch Brons-Albert (1986), die weiterführende Literatur angibt.

² Für diese Vermutung gibt es auch eine Reihe von Belegen; so behauptet Klußmann (1983), daß "etwa jeder zweite Patient, der die ärztliche Praxis aufsucht, in irgendeiner Form psychotherapeutisch behandelt werden sollte"; andere Autoren sprechen von bis zu 70% psychischen Ursachen somatischer Beschwerden bei Patienten in der niedergelassenen Praxis.

triert sich deren Augenmerk eher auf Einstellungen des Therapeuten zum Patienten denn auf dessen konkretes sprachliches Handeln.

2. Linguistische Arbeiten zu ärztlicher Kommunikation

Auch aus der Linguistik kommen derzeit noch wenig Impulse für eine systematische Analyse ärztlicher Kommunikationspraxis, die Grundlage für eine Verbesserung der Gesprächsführung werden könnte. Linguistische Untersuchungen zu einzelnen Aspekten gibt es vor allem zu Fragen der Fachterminologie, die aber immer noch hauptsächlich unter linguistisch relevanten Perspektiven der Fachsprachenforschung behandelt werden und - anwendungsbezogen - zur Gestaltung der Packungsbeilagen.³

Die gesprächsanalytische Forschung in der Bundesrepublik hat - als noch relativ junge Forschungsrichtung - bislang nur unsystematisch einige Phänomene des ärztlichen Gesprächs untersucht. Bliesener (1982, 1986) z.B. hat sich in mehreren Arbeiten mit der ärztlichen Visite im Krankenhaus befaßt, in denen vor allem institutionelle Strukturen Kommunikationsprobleme produzieren, Rellecke (1985) beschrieb die (meist mangelnde) Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung, Nothdurft (1985) analysierte die Beschwerdeschilderung von Patienten unter dem Gesichtspunkt der interaktiven Konstitution von 'Beschwerden' und Rehbein (1986) befaßte sich mit interkulturellen Mißverständnissen in der ärztlichen Praxis; klinische Ambulanzgespräche untersuchten Lalouschek, Menz und Wodak (1988, 1990).⁴ In den diskursanalytischen Wochen zur medizinischen und therapeutischen Kommunikation wurden weitgehend alle Aspekte gesprächsanalytischer Forschung zur ärztlichen und (psycho-)therapeutischen Gesprächsführung kanalisiert (Ehlich et al. 1990).

Im Zusammenhang eines DFG-Postdoktoranden-Stipendiums hatte ich selbst Gelegenheit, ärztliche Gespräche von einem systematischen Gesichtspunkt aus anzugehen und gleichzeitig die Resultate meiner Untersuchungen in Schulungen für Ärzte umzusetzen. Ausgangspunkt der Untersuchungen war das gesprächsanalytische Konzept der Handlungsschemaanalyse.⁵ Unter einem Handlungsschema wird ein kulturell verbreiteter und gewußter Vorstellungszusammenhang verstanden, der Angaben über konstitutive Bestandteile eines Interaktionstyps enthält ("was dazu gehört"), Angaben über die logische Struktur der Handlungsentwicklung im Gespräch ("was nacheinander kommt") und Angaben über unerläßliche Beteiligungsvoraussetzungen der

³ Ein Beispiel dafür bietet Mentrup (1988); dort findet sich auch eine umfangreiche Bibliographie zum Thema.

⁴ Den neuesten Stand referieren Brons-Albert (1988) und - für den Bereich des Krankenhauses - Weinhold (1988).

⁵ Zum Konzept der Handlungsschemaanalyse vgl. Kallmeyer (1981).

Gesprächsteilnehmer ("was man dazu braucht"). Mit diesem Konzept werden also mehrere Dimensionen von Interaktion systematisch unterschieden, und es wird gleichzeitig sichtbar, daß und in welcher Weise diese Dimensionen aufeinander bezogen sind.⁶

Auf dieser Grundlage habe ich im ärztlichen Gespräch mehrere Komponenten identifizieren können, die zur *Abfolge* einer solchen Interaktion gehören und sie nach diesem Strukturierungsschritt einzeln analysieren können:

- die *Gesprächseröffnung*, die der Aufmerksamkeitsfokussierung dient und zugleich der Beginn der Beschwerdenexploration ist; Ärzte realisieren hier nach meinen Untersuchungen neun unterschiedliche Typen sprachlicher Handlungen ("Techniken"), von direkten und direktiven Fragen ("Entscheidungsfrage", "offene Frage"), über offene und implizite Aufforderungen zur Beschwerdeschilderung bis hin zur bloßen (stummen) Demonstration von Zuhörbereitschaft ("sich-zur-Verfügungstellen") (vgl. Spranz-Fogasy 1987a)⁷;
- die *Beschwerdenexploration*, die geprägt sein sollte von der Darstellung des Patienten; Ärzte *unterstützen* lediglich die Äußerungen des Patienten durch ihr Rückmeldeverhalten, *kommentieren* deren Beschwerdenschilderung und führen auch eine *aktive Exploration* der Beschwerden durch; letzteres geschieht entweder mit "Präzisierungsfragen" und ist damit an den Äußerungen des Patienten orientiert, oder Ärzte sind vor allem an ihrem eigenen medizinischen Wissen orientiert und stellen daher zur Absicherung ihrer Vermutungen über das Krankheitsbild des Patienten "Komplettierungsfragen" (Spranz-Fogasy 1987c);
- die *Therapieentwicklung*, in der die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinischen Notwendigkeiten und den alltagspraktischen Möglichkeiten des Patienten ausgehandelt werden müssen. Die Analyse des ärztlichen Verordnungsverhaltens ergab verschiedene Typen der Verordnung, so z.B. die direktive Anordnung, das alternative Angebot oder das offene Angebot (mit letzterem ist gemeint, daß der Arzt einen Vorschlag macht und diesen zusammen mit dem Patienten nach den Vor- und Nachteilen der Medikation bespricht); neben der Verordnungshandlung selbst steht somit auch das explikative Handeln des Arztes im Zusammenhang der Medikation für einen differenzierten Umgang mit dem Patienten in der Therapiephase. Die sich aus dem unterschiedlichen Verhalten der Ärzte ergebenden Möglichkeiten des Patienten, in bezug auf die Medikation selbst initiativ zu werden, habe ich als gesprächsimmanentes Kriterium für die Compliance postuliert, weil es die stärkste Möglichkeit ist, den Patienten selbstzuverpflichten, der sich ja außerhalb der Gesprächssituation jedem Zwang entziehen kann (Spranz-Fogasy 1988b).

⁶ Nähere Ausführungen zum Handlungsschemakonzept finden sich auch - bezogen auf Schlichtungsgespräche - in Nothdurft & Spranz-Fogasy (1984).

⁷ Ausführlicher finden sich die Untersuchungen, die ich hier nur sehr kursorisch beschreiben kann, in den unter Spranz-Fogasy genannten Artikeln im Literaturverzeichnis.

Zwei weitere wichtige Komponenten, die ich allerdings noch nicht untersuchen konnte, gehören ebenfalls zur Abfolgelogik von ärztlichen (Erst-) Gesprächen:

- die *Diagnose*, in der die Zuordnung der Beschwerden zu einem Krankheitsbild erfolgt; hier besteht die Aufgabe des Arztes insbesondere darin, zwischen dem medizinischen Paradigma und den alltagsweltlichen Vorstellungen des Patienten zu vermitteln,
- und schließlich die *Gesprächsbeendigung*, die der Sicherung der erzielten Behandlungsergebnisse und ggf. der zukünftigen Zusammenarbeit dient; insbesondere hier kann der Arzt noch einmal viele "Register" der Compliance-Arbeit "ziehen".

Neben diesen Abfolgekomponenten werden auch "Daueraufgaben" sichtbar, die die Teilnehmer an einer solchen Interaktion bewältigen müssen. Dazu gehört insbesondere, als spezifische Aufgabe von Ärzten, der Umgang mit der Fachsprache in der Auseinandersetzung mit einem medizinischen Laien. Es zeigte sich, daß an bestimmten Stellen des ärztlichen Gesprächs der Fachwortgebrauch besonders virulent ist (z.B. bei der Diagnose), weil der Arzt mal mehr, mal weniger zwischen seinem fachlich geprägten Weltbild und den alltagsweltlichen Vorstellungen des Patienten vermitteln muß; auch ist an den verschiedenen Positionen eines solchen Gesprächs der Fachwortgebrauch in unterschiedlicher Weise an die Bedingungen der Gesprächsstruktur gebunden, so z.B. muß der Arzt in der Beschwerdenexploration die Darstellungen des Patienten *für sich* aufordnen, während er in der Therapieentwicklung seine eigenen Überlegungen *für den Patienten* sprachlich umsetzen muß (Spranz-Fogasy 1987b).

Weitere solcher Daueraufgaben, die ich aber nicht genauer untersuchen konnte, sind z.B. die permanente Gesprächsorganisation und die permanente Organisation der Beziehung zwischen den Beteiligten.

Bei der Auswertung von Unterschieden zwischen den verschiedenen Ärzten in meinen Gesprächsmaterialien zeigte sich in allen meinen Untersuchungen ein einheitliches Bild. Ärzte, die sich aufgrund eigenen Interesses und Engagements in der Gesprächsführung weitergebildet haben, bevorzugen durchgängig ein Konzept, das den Patienten möglichst viel Freiraum bei der Darstellung ihrer Beschwerden und möglichst viel Mitbestimmung bei der Entwicklung eines Therapieplanes läßt; Ärzte, die keinerlei Schulung in Gesprächsführung haben, orientieren sich dagegen bevorzugt an ihrem medizinischen Wissen über Symptome und Diagnostik und berücksichtigen die Äußerungen ihrer Patienten nur insoweit, als sie, diesem Wissen entsprechend, Vermutungen des Arztes bestätigen oder widerlegen. Ich habe hier - in Anlehnung an die in der Psychosomatik übliche Terminologie⁸ - patientenzentrierte und fallorientierte Gesprächsführung unterschieden.

⁸ Balint (1957) unterscheidet "patientenzentrierte" und "krankheitszentrierte" Medizin, Rogers (1983) spricht im Zusammenhang von Beratung von "klientenzentriert".

In allen o.g. Untersuchungen wurden sprachliche Handlungen typisiert und im Kontext des Interaktionstyps "Ärztliches Gespräch" so verortet, daß ihre spezielle Bedeutung und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile für den Fortgang des Gesprächs erkennbar wurden. Auf diese Weise kann - so meine Grundüberlegung für die praktische Umsetzung - der Arzt sein eigenes sprachliches Handeln zuordnen und ohne vorgefaßte Wertung seitens des Gesprächsanalytikers sein Handeln reflektieren und ggf. verändern.

3. Überlegungen zur Umsetzung in die ärztliche Gesprächspraxis

Die Analysen zu einzelnen Komponenten des ärztlichen Gesprächs zeigen einen engen Zusammenhang zwischen Konzepten der Gesprächsführung (patientenzentriert versus fallorientiert) auf der einen und sprachlichen Techniken auf der anderen Seite. Einzelne sprachliche Handlungen lassen sich so in einem Spektrum mit fließenden Übergängen einordnen, das von sehr dominanter und direkter Gesprächsführung bis hin zu einer erklärmaßen und eingeübten non-direktiven Haltung reicht.

Mit einem auf gesprächsanalytischer Grundlage erarbeiteten Wissen über Strukturen ärztlicher Interaktion, über Abläufe, über Konsequenzen bestimmter und bestimmbarer Aktivitäten und über Rollenverhalten und Rollenerwartungen bietet sich die Möglichkeit, die Ergebnisse in Anwendungszusammenhänge zu integrieren.

Der einfachste Weg dazu ist, gesprächsanalytisch zu forschen und denjenigen, die sich davon angesprochen fühlen (also Berufspraktiker oder Ausbilder z.B. aus der Psychologie), die Resultate zu überlassen. Ein zweiter Weg besteht darin, in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten einzelne Interaktionsprobleme, die in der beruflichen Praxis oder im Laufe der eigenen Forschungsarbeit sichtbar werden, zu bearbeiten und in enger Abstimmung mit ihnen Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Und schließlich gibt es noch die Möglichkeit, die Forschung von vornherein unter einer Anwendungsperspektive zu betreiben.

Letzteres bedeutet zugleich, sich bereits vorab über die Gegenstände der Forschung Gedanken zu machen, über deren Umfang, deren strukturelle Interaktions- und ggf. Institutionszusammenhänge, die möglichen und erwartbaren Resultate etc., um bei den Problemen der Praktiker auch genügend "relevant" zu bleiben. Dies ist keineswegs selbstverständlich, wie das Beispiel der ethnomethodologischen Konversationsanalyse zeigt, die sich der "analytischen Mentalität" verpflichtet, sich ausschließlich vom Gegenstand leiten zu lassen.⁹

Gleichgültig, welchen Weg man nun beschreitet, liegt die besondere Stärke der Gesprächsanalyse für Anwendungszusammenhänge darin, daß sie immer an authentischem Material arbeitet. Dieses (Audio- oder Video-)Material ist meist auch qua-

⁹ Vgl. Bergmann (1981).

Transkription aufbereitet und liegt somit in verschiedenen, beliebig oft nachvollziehbaren Formen vor. Damit lassen sich also Interaktionsaufgaben am authentischen Material identifizieren und Lösungsvarianten demonstrieren. Sprachliche Handlungen werden so quasi in Zeitlupe vorgeführt und können dadurch mit geschärftem Bewußtsein handlungspraktisch verfügbar gemacht werden. Dieser Vorteil der wirklichkeitsnahen Demonstrierbarkeit gegenüber anderen Formen der Vermittlung (wie z.B. Rollenspiel) kann in Fortbildungssituationen genutzt werden - allerdings sollte dies nach meinen Erfahrungen immer dosiert und anhand von möglichst selbstexplikativen Ausschnitten geschehen.

Mit einem relativ geringen Aufwand (Einlesen in - möglichst einfache - Transkriptionen) wird also eine verbesserte Gesprächswahrnehmung, eine kompetentere Gesprächsführung und eine sensiblere Einschätzung des Gesprächspartners möglich.

Vermittlungsformen

In einer Reihe von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte habe ich verschiedene Formen anwenden und erproben können. Die Praxis gesprächsanalytisch fundierter Trainingsmaßnahmen richtet sich nach den Vorstellungen des Gesprächsanalytikers einerseits und nach den Wünschen und Vorstellungen seiner Zielgruppe andererseits. Möglich sind sowohl Fertigkeitstrainings, als auch Sensibilisierungstrainings sowie Mischformen. Aus Zeitgründen bieten sich bei Ärzten vor allem Kompakt- und Intervallkurse an. In *Kompaktkursen* werden einzelne Themen und Zusammenhänge an einem oder mehreren Tagen dargestellt und mit den Teilnehmern erarbeitet. *Intervallkurse* finden dagegen im Abstand von mehreren Wochen statt. Im ersten Fall ist es meist allenfalls durch vorherige Information der Teilnehmer möglich, authentisches Material von den Teilnehmern selbst zu erhalten. Hier bieten Intervallkurse eher Möglichkeiten, da die Teilnehmer zunächst einmal für Gesprächsphänomene und -probleme sensibilisiert werden können und später an deren eigenem Material gearbeitet werden kann; hier ist auch eine enge Rückkoppelung (und wenn man so will, auch "Erfolgskontrolle") der Trainingsinhalte und der erarbeiteten Praxis möglich.

Im Vordergrund der Vermittlung von Trainingsinhalten standen in den Fortbildungsveranstaltungen, an denen ich mitgewirkt habe¹⁰, Analysen von Video- und Audiodarstellungen (wenn möglich mit Transkripten), Selbst- und Fremdkontrolle der Teilnehmer qua Video bzw. Audio; es gab aber auch Rollenspiele und Diskussionen über

¹⁰ Ich habe sowohl an Kompaktkursen wie auch an Intervallkursen im Rahmen der Veranstaltungen der "Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung" der Landesärztekammer Hessen mitgewirkt und zu den psychosomatischen Teilen dieser Veranstaltungen auch Evaluationen aus gesprächsanalytischer Sicht erstellt. Des weiteren habe ich auf verschiedenen medizinischen Kongressen in Arbeitsgruppen (z.B. auch Balint-Gruppen) mitgewirkt, in denen konkret interaktives Verhalten und dessen Verbesserung diskutiert und z.T. eingeübt wurde. Und schließlich habe ich einzelne Ärzte über ihr kommunikatives Verhalten beraten. Im Mittelpunkt standen dabei strukturelle Aspekte und konkretes sprachliches Handeln, wie sie hier in Abschnitt 2 vorgestellt wurden.

eigene Erfahrungen der Teilnehmer sowie jeweils einführende Vorträge zu verschiedenen Problemkreisen.

Für den Umgang mit Video- und Audioausschnitten empfehlen sich kurze Ausschnitte von wenigen Sekunden, da die Aufnahmekapazität bei diesen Techniken sehr begrenzt ist. Allenfalls bei Überblicksvorführungen zu Beginn von Veranstaltungen oder abgegrenzten Veranstaltungsteilen können auch einmal längere Ausschnitte untersucht werden; dabei sollte allerdings der Aufmerksamkeitsfokus entsprechend gerichtet werden.

Umsetzungsprobleme

Das zentrale Problem bei der Umsetzung gesprächsanalytisch fundierter Trainingsmaßnahmen besteht in der Fülle verschiedener Informationen, die ein Teilnehmer erhält. Verantwortlich dafür ist der relativ enge Aufmerksamkeitsfokus, der die Gesprächsanalyse auszeichnet, hier aber zum Problem wird.

Es wird also eine strenge Selektion nach den Kriterien der beruflichen Relevanz erforderlich und eine Sequenzialisierung in der Einübung. Besonders günstig ist es, wenn die Inhalte der Trainingsmaßnahmen im alltäglichen Gespräch für Ärzte leicht erkennbar sind. Dies ist insbesondere durch eine antizipierbare Verortung möglich; so können z.B. entlang einer Handlungsschemaorientierung mit den Komponenten: Gesprächseröffnung, Beschwerdenexploration, Diagnose, Therapieentwicklung und Gesprächsbeendigung sehr viele Phänomene in ihrer Bedeutung für den Gesprächsablauf verortet und somit leicht erkannt werden.

Die Einübung interaktiven Handelns erfordert Zeit, da viele der Mechanismen über Jahre hinweg eingeschliffen und daher auch meist dem Bewußtsein nicht so einfach zugänglich sind. In allen Fällen ist es günstig, über die bewußte Selbstwahrnehmung (auch qua Eigenaufnahme), die Erprobung von verschiedenen Handlungsalternativen und die Einübung von schließlich gewählten Formen und Konzepten zu einem neuen Interaktionsverhalten zu gelangen.

Trainingserfahrungen

Meine Feedback-Erfahrungen bei gesprächsanalytisch fundierten Trainingsmaßnahmen beziehen sich auf drei Bereiche: auf die unmittelbare und explizite Rückmeldung in den Fortbildungsveranstaltungen selbst, auf die Möglichkeiten der Gestaltung von Fortbildungsveranstaltungen sowie auf Rückmeldung der Teilnehmer über ihre Erfahrungen in der beruflichen Praxis.

Die unmittelbare Rückmeldung bezog sich meist auf die neue Erfahrung der beruflichen Gesprächspraxis als soziale Interaktion; galt das Gespräch vorher immer nur als (vorbewußtes) Mittel zum Zweck der Diagnoseerstellung und Therapievermittlung und diente es allenfalls noch der Pflege des Sozialkontaktes zum Patienten, so veränderte sich diese Sichtweise hin zu einer Perspektive, in der vor allem die interaktiven Prozeduren wahrgenommen wurden. Dieser "Verfremdungseffekt" sorgte für eine

befreiende Distanzierung und häufig auch für Aha-Erlebnisse, in denen Probleme der Gesprächsführung sich als interaktionsstrukturell konstituierte Phänomene entpuppten und damit handhabbarer wurden. Des weiteren machte die mikroanalytische Perspektive auf einzelne sprachliche Handlungen eine größere Sensibilisierung für das ganze Gespräch möglich.

Die Möglichkeit, gesprächsanalytisch sehr genau an einzelnen, leicht erkenn- und verortbaren Phänomenen zu arbeiten, sorgte auch für positive Rückmeldung, was die Erfahrungen der Teilnehmer in ihrer beruflichen Praxis anbelangte. Die Teilnehmer an Intervallkursen berichteten, daß sie ihre Kenntnisse in konkretes sprachliches Handeln umsetzen konnten; da die Veranstaltungstermine an solchen Kursen z.T. Monate auseinanderlagen, konnten solche Neuerungen auch über einen längeren Zeitraum als stabil beobachtet werden (z.B. Formen der Gesprächseröffnung oder Formen der aktiven Exploration mittels Fragen; hier berichteten Ärzte beispielsweise darüber, statt direkten Fragen zu Gesprächsbeginn mit Erfolg Aufforderungen erprobt zu haben oder während der Beschwerdenexploration zunehmend Präzisierungsfragen zu verwenden anstatt ihren differentialdiagnostischen Komplettierungsfragen).

Eine andere Seite der Trainingserfahrungen betrifft den Gesprächsanalytiker selbst. Als Wissenschaftler ausgebildet, kenne ich die Praxisprobleme der Trainees vor allem aus den Ausschnitten, die mir qua Video- oder Tonband zur Verfügung stehen. Die mangelnde Kenntnis der psychischen und somatischen Zusammenhänge haben sich aber nur manchmal als Problem, häufig dagegen als Vorteil bemerkbar gemacht. So ist zwar beispielsweise mittlerweile in allen therapeutischen Richtungen anerkannt, daß Suchtpatienten nicht mit non-direktiven Beratungsmaßnahmen therapiert werden können; in diesen Fällen ertete ich Kritik, wenn ich die im allgemeinen günstigen Folgen einer durch den Patienten bestimmten Gesprächsführung und Therapieplanung herausstellen wollte. Andererseits war es mir durch meine mangelnden Kenntnisse wiederum möglich, auf im engeren Sinne medizinische Probleme nicht eingehen zu müssen und sie in der Diskussion außer acht lassen zu können, was die Fokussierung auf interaktive Phänomene erleichtert hat. Ich denke hier, daß sich zusätzliches medizinisches Fachwissen im Laufe der Zeit sowieso einstellt, daß es aber keine notwendige Voraussetzung für gesprächsanalytische Trainings darstellt.

Der Mangel an didaktischen, pädagogischen und gruppendynamischen Fähigkeiten dürfte das größte Problem gesprächsanalytisch fundierten Trainings sein. Wer als Gesprächsanalytiker professionell Kommunikationsberatung betreiben will, sollte sich hier dringend Grundlagen in Gruppenführung, Lehrstoffdarbietung und auch Selbsterfahrung erwerben.

4. Der institutionelle und gesellschaftspolitische Kontext ärztlichen Kommunikationstrainings

Für Ärzte gewinnt die Aus- und Weiterbildung in der Gesprächsführung zunehmend an Gewicht. Da ist zunächst eine intrinsische Motivation zu beobachten, die aus selbst

erfahrenen Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten herrührt. Es darf nicht vergessen werden, daß Ärzte in den ersten Jahren ihrer Ausbildung gar nicht mit Patienten zu tun haben und später, in der klinischen Phase, ihre Schwierigkeiten in der peer-group, dem Krankenteam, lösen können. Erst wenn sie eine eigene Praxis eröffnen und alleine arbeiten, sind sie gezwungen, sich auf eigene Faust ein Konzept der Gesprächsführung zu erarbeiten.

Weitere Gründe, sich in Gesprächsführung weiterzubilden, sind, wie eingangs schon erwähnt, die strukturellen Verschiebungen durch die Gesundheitsreform und die Änderung der ärztlichen Gebührenordnung. Beide Verschiebungen gehen zu Lasten der Apparatedizin und rücken das ärztliche Gespräch mit dem Patienten in den (auch ökonomischen) Vordergrund. Die Verschiebungen haben aber nicht nur ökonomische Ursachen, sondern beruhen auch auf einer zwar langsamen, aber deutlichen medizinischen Kehrtwendung weg vom Ersatzteil- und Apparatedenken hin zu einer Orientierung am einzelnen Menschen.

Die allgemeine Pflicht zur Weiterbildung, die Ärzte aufgrund der kassenärztlichen Zulassungsbestimmungen haben, wird derzeit auch zunehmend über Veranstaltungen zu Gesprächsführungsthemen (sei es im engeren oder im weiteren Sinne) abgeleistet. Das Interesse an Gesprächsführungstrainings ist also aus intrinsischen, ökonomischen, inhaltlichen und zulassungsrechtlichen Gründen gewährleistet.

Nach meinen Erfahrungen sind es vor allem die intrinsischen Gründe, also die Schwierigkeiten, die Ärzte selbst in ihren Gesprächen mit Patienten haben, die die Motivation für die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen schaffen.

Für den Gesprächsanalytiker ist der Zugang zum Feld, also die Möglichkeit, gesprächsanalytisch fundierte Weiterbildung durchzuführen, auf verschiedenen Wegen offen; eine freiberufliche Perspektive bedarf aber erst einmal gründlicher Vorbereitung und Akzeptanz auf institutionellem Weg. Neben Ärztekammern in Bund und Land, Ärzteverbänden (Marburger Bund, Hartmann-Bund) und den Verbänden der verschiedenen Fachrichtungen (allen voran die psychosomatische Medizin) hat auch die Pharmaindustrie ein großes Interesse, Veranstaltungen durchzuführen, in denen neben Medikamenteninformationen auch Trainings in Gesprächsführung angeboten werden. Es gibt derzeit immer mehr Verbundveranstaltungen zu bestimmten Krankheitsbildern, in denen Diagnostik, Therapieplanung, Therapiedurchführung und Therapiekontrolle in engem Zusammenhang zu Fragen der Gesprächsführung behandelt werden. Hierbei ist es allerdings für den Gesprächsanalytiker wichtig, die Weiterbildungskonzepte in Abstimmung mit medizinisch kompetenten Ausbildern zu entwickeln, da sich die Gesprächsführung bei Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern z.T. erheblich unterscheiden kann (z.B. Hypertonie- und Diabetespatient), und da gerade diese Unterschiede in solchen Veranstaltungen einen zentralen Stellenwert haben.

In der universitären Ausbildung haben Fragen der Gesprächsführung dagegen noch einen sehr geringen Stellenwert. Das liegt vor allem daran, daß die Ausbilder, die in aller Regel auch die Studieninhalte definieren, selbst meist gar nicht mit solchen

Fragen konfrontiert sind. Hier sind allenfalls langfristig Veränderungen zu erwarten, die sich möglicherweise begünstigen lassen durch erfolgreiche und wirkungsvolle Fortbildung.

5. Schlußbemerkungen

Gesprächsanalytisch fundiertes Kommunikationstraining kann im Bereich der ärztlichen Weiterbildung eine bedeutende Rolle gewinnen sowohl für die medizinische als auch für die linguistische Profession. Dies hat, wie ich gezeigt habe, eine Reihe von Gründen. Gesprächsanalyse ist systematische und empirienahe Forschung, sie ermöglicht selektives und in Einzelschritten einzuübendes Training an authentischem Material (das oft sogar vom Trainee selbst stammen kann und damit den höchsten Grad an persönlicher Nähe hat). Gesprächsanalytisch fundiertes Kommunikationstraining kann außerdem didaktisch und methodisch sehr variabel aufbereitet werden, und "Erfolge" lassen sich vom Trainee selbst leicht prüfen und kontrollieren.

Die derzeitigen gesellschafts- und medizinpolitischen Bedingungen sind im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung in Fragen der Gesprächsführung ebenfalls außerordentlich günstig. Was fehlt, ist eine "Ausbildung der Ausbilder", also das Schaffen von Grundlagen in Didaktik, Pädagogik und Gruppenführung für den Gesprächsanalytiker, und schließlich eine Einbindung der Gesprächsführung in medizinisch und psychologisch fundierte Konzepte der Therapie.

Literatur

- Balint, Michael (1957). *Der Arzt, der Patient und die Krankheit*. Stuttgart.
- Bergmann, Jörg (1981). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, P. & Steger, H. (Hrsg.), *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf, 9-51.
- Bliesener, Thomas (1982). *Die Visite - ein veränderter Dialog*. Tübingen.
- Bliesener, Thomas & Köhle, Karl (1986). *Die ärztliche Visite - Chance zum Gespräch*. Opladen/Wiesbaden.
- Brons-Albert, Ruth (1988). Kommunikation zwischen Arzt und Patient. In: *Umwelt & Gesundheit*, Heft 6, 15-21.
- Ehlich, Konrad, Koerfer, Armin, Redder, Angelika & Weingarten, Rüdiger (Hrsg.) (1990). *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen.
- Hasenbring, Monika & Ahrens, Stephan (1986). Zur Arzt-Patienten-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 36, 274-283.
- Kallmeyer, Werner (1981). *Zur Handlungsstrukturanalyse von Beratungen*. Mannheim (Ms).
- Klußmann, Rudolf (1983). Ärztliches Gespräch und psychosomatische Diagnostik. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 59, 686-690.
- Lalouschek, Johanna, Menz, Florian, & Wodak, Ruth (1988). Gespräche in der Ambulanz. Ein Zwischenbericht. In: *Deutsche Sprache* 16, 167-191.

- Lalouschek, Johanna & Menz, Florian (1990). Ambulanzgespräche. Kommunikation zwischen Ambulanzschwestern und Ärzt/inn/en. In: Ehlich et al. (Hrsg.), 12-26.
- Mentrup, Wolfgang (1988). Zur Pragmatik einer Lexikographie. 2. Sprachauschnitt: Medizin. Tübingen.
- Nothdurft, Werner (1985). 'Schilderung von Beschwerden' in ärztlichen Sprechstundengesprächen. Die interaktive Konstitution des klinischen Sachverhalts. In: Löning, P. & Sager, S.F. (Hrsg.), *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg, 17-38.
- Nothdurft, Werner & Spranz-Fogasy, Thomas (1984). Gesprächsanalyse von Schlichtungsinteraktion. Methodische Probleme und ihre Hintergründe. In: Flader, D. (Hrsg.), *Verbale Interaktion. Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik*. Stuttgart, 222-240.
- Rehbein, Jochen (1986). *Institutioneller Ablauf und interkulturelle Mißverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Hamburg (Ms).
- Rellecke, Eva Maria (1985). Selbstverantwortung und Mitbestimmung des Patienten bei seiner Behandlung. In: Löning, P. & Sager, S.F. (Hrsg.), *Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche. Ein Hamburger workshop*. Hamburg, 39-83.
- Rogers, Carl R. (1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987a). Alternativen der Gesprächseröffnung im ärztlichen Gespräch. In: *Zeitschrift für germanistische Linguistik* 15, 293-302.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987b). *Der Fachwortgebrauch im ärztlichen Gespräch*. Heidelberg/Mannheim (Ms).
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987c). *Techniken der Exploration im ärztlichen Gespräch. Aktives Zuhören - Kommentare - Aktive Exploration*. Heidelberg/Mannheim (Ms).
- Spranz-Fogasy, Thomas (1987d). Erfahrungen mit der professionellen Gesprächspraxis. Vortrag im workshop "Gesprächsanalyse in praktischer Absicht". Gehalten im Rahmen der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sprachwissenschaft. Augsburg (Ms).
- Spranz-Fogasy, Thomas (1988a). Kommunikationsforschung für die Praxis - Bemerkungen zum Arzt-Patienten-Gespräch aus sprachwissenschaftlicher Sicht. In: Schüffel, Wolfram (Hrsg.), *Sich gesund fühlen im Jahre 2000. Festschrift für Thure von Uexküll*. Heidelberg, 104-109.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1988b). Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient - Gesprächsanalysen für die Praxis. In: *Deutsche Sprache* 3, 240-258.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1989). Ärztliche Fragetechniken und Konzepte der Beschwerdenexploration. Vortrag im workshop "Personenzentrierte Medizin" im Rahmen der Tagung der Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie. Köln (Ms ersch.).
- Spranz-Fogasy, Thomas (1990). Ärztliche Kommunikation - Transfer diskursanalytischen Wissens in die Praxis. In: Ehlich et al. (Hrsg.), 143-155.
- Weinhold, Christine (1988). *Fachexterne Kommunikation im Krankenhaus: ein Forschungsbericht*. Berlin (Magisterarbeit).

Der Band faßt die Erfahrungen und Erfolge bei der Anwendung von Diskursanalyse zusammen. Er berichtet über Kommunikationsberatung und -training in verschiedenen Einrichtungen: Unternehmen, Verwaltung, Krankenhaus und ärztliche Praxis, Telefonseelsorge, AIDS-Beratung etc. Vorteile einer diskursanalytisch fundierten Beratung sind das umfangreiche Wissen über Kommunikationsregularitäten und -muster sowie die Verwendung von authentischem Sprachmaterial zur Identifizierung von Problemen und zur Entwicklung alternativer kommunikativer Verhaltensweisen.

Dr. *Reinhard Fiehler* ist Hochschuldozent, an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld.

Dr. *Wolfgang Sucharowski* ist Professor an der sprach- und literaturwissenschaftlichen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt.