

Albert Busch & Thomas Spranz-Fogasy (Hg.). 2015. *Handbuch Sprache in der Medizin* (Handbücher Sprachwissen 11). Berlin, Boston: De Gruyter Mouton. x, 476 S.

Besprochen von **Michael Szurawitzki**: Universität Hamburg, Institut für Germanistik,
Linguistik des Deutschen, Überseering 35, D-22297 Hamburg,
E-Mail: michael.szurawitzki@uni-hamburg.de

<https://doi.org/10.1515/zrs-2017-0007>

Die einschlägig ausgewiesenen Experten im Bereich der Kommunikation in der Medizin, Albert Busch und Thomas Spranz-Fogasy, legen mit dem *Handbuch Sprache in der Medizin* einen nicht nur physisch gewichtigen Band vor. In 35 Beiträgen nähern die zur Mitarbeit eingeladenen Autorinnen und Autoren sich der Thematik, und zwar in den Dimensionen der Geschichte, der Interaktion sowie der Medien. Wie die Herausgeber gleich im Vorwort einräumen, mussten bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung des Handbuchs Auswahlentscheidungen getroffen werden, die nicht jeden Geschmack treffen können. Sinnvollerweise reflektiert der Band neueste Tendenzen der Forschung und widmet sich auch massenmedial sichtbaren medizinischen Diskursen wie etwa Palliativmedizin und Bioethik. Aus der Perspektive des Rezipienten dürften über die Wahl der thematischen Schwerpunkte folgende Fragen aufkommen wie z.B. die nach der aktuellen, *gegenwärtigen* Beschaffenheit der Sprache der Medizin v.a. aus lexikalischer Perspektive oder die nach den allgemein beschreibbaren *medizinisch-disziplinübergreifenden* grundlegenden Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient, speziell mit Blick auf Wissensasymmetrien und sprachlich-deskriptive Fähigkeiten in beiden Richtungen. Dem programmatischen Anspruch der Reihenherausgeber Ekkehard Felder und Andreas Gardt, mit den Handbüchern Sprachwissen auch für sich genommen praktisch enzyklopädisch nutzbare Bände vorlegen zu wollen, wäre dies eher gerecht geworden.

Blicken wir genauer auf die Struktur des Bandes. Der historische Teil steht zu Anfang und umfasst insgesamt drei Beiträge. Im ersten Text (S. 3–25) befasst sich WOLFGANG U. ECKART mit einem (sprach-)historischen Abriss der Sprache der Medizin. Von der Antike aus wird ein Bogen bis in die Gegenwart gespannt. Der Übergang vom Griechischen zum Lateinischen als Sprache der Medizin wird in sehr ausführlicher Form nachgezeichnet, und zwar über das Mittelalter bis in die Zeit der Renaissance und des Humanismus. Die anatomische Nomenklatur wird als Grundlage der modernen gemischtsprachlichen Fachsprache dargestellt (Abschnitt 4, S. 12–14). Auf die medizinische Lexikographie seit der Antike wird kenntnisreich abgehoben. Der direkte Bezug zur Gegenwart ist aber nicht immer

erkennbar. In der Zusammenschau mit den beiden anderen historisch orientierten Beiträgen, nämlich dem von EVA MARTHA ECKKRAMMER zu medizinischen Textsorten vom Mittelalter bis zur Gegenwart und ANJA LOBENSTEIN-REICHMANNs Betrachtungen zur Kommunikation von Ärzten und ihren Patienten im Späten Mittelalter und der Frühen Neuzeit, wird deutlich, dass insgesamt der Übergang v. a. in Richtung der großen medizinisch-technischen Innovationen, die das ausgehende 19. und das frühe 20. Jahrhundert kennzeichneten, zumindest aus Struktur und Texten des ersten Teils des Handbuchs eher bruchstückhaft, zumindest nicht in konziser Darstellung, zu entnehmen sind.

Im anschließenden zweiten Teil, der mit 16 Beiträgen zugleich den Schwerpunkt des Handbuchs bildet, liegt der Fokus auf der interaktiven Konstruktion von Medizinkommunikation durch ärztliche Gespräche. Aus Umfangsgründen kann hier nicht im Detail auf alle vorhandenen Texte eingegangen werden. Bevor exemplarisch einige Beiträge genauer betrachtet werden, muss jedoch die Frage nach der zu Grunde liegenden organisatorischen Systematik dieses Teils des Handbuchs gestellt werden. Während der erste Teil nur drei Beiträge umfasst, die vom jeweiligen Ausgangspunkt der Betrachtungen prinzipiell chronologisch geordnet sind, und der abschließende Teil mit sechs synchron orientierten Beiträgen, zunächst allgemeinen und abstrakten, von medialen Räumen (ALBERT BUSCH) über Textsorten (CORNELIA WEINREICH) dann hin zu konkreter gestalteten Beiträgen wie Markenkommunikation in Medizin und Gesundheitswesen (UTA BUCHMANN) gelangt, kann man m.E. im gewichtigsten Teil (II.) keine ordnende Hand erkennen. Obwohl der Fokus auf Gesprächen liegt, so ließen sich die Beiträge in mindestens zwei Kategorien untergliedern. In den theoretisch-abstrakte(re)n Bereich würden etwa die Beiträge von KATRIN LINDEMANN zu Emotionen in medizinischer Kommunikation (S. 154–169), KLAUS-PETER KONERDINGS Text mit dem Titel „Heilung durch Sprache und Sprechen – Linguistik und Psychotherapie“ (S. 225–242), MARLENE SATORS und JANA JÜNGERS Beitrag zur Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung (S. 333–347) sowie PETER NOWAKS Überlegungen zu Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch (S. 348–365) fallen. Ebenso erschließt sich nicht, warum der Beitrag von SARAH J. WHITE, „Closing clinical consultations“ (S. 170–187), im ansonsten durchgängig in deutscher Sprache vorliegenden Handbuch als einziger englischsprachiger Text vorliegt. Im Folgenden möchte ich zur näheren Betrachtung zwei Beiträge aus den 16 Texten, die sich mit ärztlichen Gesprächen beschäftigen, herausgreifen: Zum einen betrachte ich den Beitrag von HEIDE LINDTNER-RUDOLPH und HUBERT J. BARDENHEUER zu Chancen und Risiken ärztlicher Gesprächsführung in der Palliativmedizin (S. 243–263), zum anderen denjenigen von KRISTIN BÜHRIG und BERND MEYER zu ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen (S. 300–316). Lindtner-RUDOLPH und BARDENHEUER betrachten besonders die kommunikativen Anforderungen an Arzt und Patient im

spezifischen Rahmen der Palliativmedizin. Die damit verbundene zwangsläufige Neuorientierung eines betroffenen Patienten, die aus nachvollziehbaren Gründen häufig mit Ängsten einhergeht, steht im Fokus. Für die behandelnden Ärzte sind unterschiedliche Herausforderungen wie Erst-/Aufnahme-, später Visitingespräche zu nennen, ebenso Beratungs-, Entlassungs- und Abschiedsgespräche. Danach werden besonders heikle Behandlungssituationen und die zugehörigen Gesprächspraktiken betrachtet. Hierbei geht es etwa um fehlende *compliance* und Kommunikationsentzug, ‚schwierige‘ Patienten, ‚grobe‘ Ärzte und das Konfliktpotenzial der (gemeinsamen) Sprache sowie um schwer zugängliche Patienten und feinfühligere Ärzte. Der Beitrag mündet in Hinweise zu einer adäquaten patientenorientierten Gesprächsführung. BÜHRIG und MEYER fokussieren auf MigrantInnen. Aus der Entstehungszeit des Handbuches heraus kann natürlich kein separater Beitrag, der speziell auf die aktuelle Flüchtlingskrise fokussiert, erwartet werden. Umso erfreulicher ist, dass diese Perspektive im Handbuch dennoch berücksichtigt wird: Allgemeine angeführte Charakteristika von Gesprächen mit MigrantInnen wie Sprachbarrieren und interkulturelle Herausforderungen sind heute aktueller denn je. Als besondere Anforderungen dieser Gespräche werden partizipative Entscheidungsfindung und Therapietreue angeführt. Als Verbesserungsvorschläge werden u.a. systematischeres Dolmetschen und die stärkere Berücksichtigung interkultureller Rollenkonzepte im Kontext medizinischer Behandlungen angeregt.

Der abschließende thematische Teil des Handbuches besteht aus sechs Beiträgen, die unter der Überschrift „Mediale Konstruktion von Medizinkommunikation“ zusammengefasst sind. Herausgeber ALBERT BUSCH arbeitet hier in einem eigenen Beitrag zu medialen Räumen der Experten-Laien-Kommunikation. Dabei geht es hauptsächlich um die massenmediale Gesundheitskommunikation und die dabei vorkommende Umformung von Fachwissen und fachsprachlichen Inventaren. Was geschieht hinsichtlich der Qualität der massenmedialen Gesundheitskommunikation? Diese sieht BUSCH als „Experten-Laien-Kommunikation par excellence“ (S. 374) und stellt auch Überlegungen zur Medizinkommunikation als Teil moderner Wissenskommunikation an. Der *common ground* in Medizindiskursen steht danach im Mittelpunkt. Während in medial nicht interaktiven Ebenen ein *grounding* nicht möglich sei, gibt es in der direkten mündlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient, aber auch in vielen neueren Medienformen, die Möglichkeit dazu:

„Auf medial schriftlichen Diskursebenen gibt es, soweit sie interaktiv sind, wie etwa Chats, Foren oder E-Mail, die Möglichkeit der schriftlichen Nachfrage und damit auch noch die Möglichkeit des direkten *grounding*, das man in der Praxis beispielsweise in Form einer E-

Mail-Beratung als authentischen Bestandteil zunehmend in die Arzt-Patienten-Kommunikation zu integrieren versucht“ (S. 381, Hervorhebung i. O.)

Es wird auch gesondert auf die Risikokommunikation eingegangen; der Beitrag mündet abschließend in einen umfangreichen Fragenkatalog, der bei der linguistischen Annäherung an die Gesundheitskommunikation anzulegen wäre (S. 384). Diese umfangreiche Auflistung ist nach Busch (ebd.) die Liste der Fragen, die mindestens zu beantworten oder zu bearbeiten, bzw. die Parameter, die zu berücksichtigen seien, wie Medien, Diskurse, Fächer, Diskursakteure und -ziele, thematische Zentren der Beiträge, lexikalische Inventare, Vertikalitätshinweise, Wissensordnungen, intertextuelle und intermediale Bezüge, *grounding* und Formen der Risikokommunikation.

Weiter liegen in diesem dritten Teil des Bandes Beiträge zu fachinternen und -externen Textsorten in der Medizin (CORNELIA WEINREICH), zum Laiendiskurs Gesundheit in Internetforen (SONJA KLEINKE), zu Arzneimittelanzeigen im Hinblick auf den Wissensaspekt (KATJA GUDER), Bio- und Medizinethikdiskurse als Mediendiskurse (CONSTANZE SPIEB) sowie Markenkommunikation in Medizin und Gesundheitswesen (UTA BUCHMANN) vor. Im Folgenden betrachte ich den Beitrag von CONSTANZE SPIEB (S. 438–458) näher. Bio- und Medizinethik zeichnen sich durch „Brisanz und Konflikthaftigkeit“ (S. 438) aus und haben daher eine hohe gesellschaftliche Relevanz. SPIEB nennt die Diskurslinguistik als primär geeignete Methode, um sich den teils hochkomplexen Themen adäquat zu nähern. Diese Einschätzung beruht auf der Tatsache, dass die meisten im Beitrag angeführten einschlägigen Untersuchungen entweder diskursanalytisch oder diskurseman-tisch sind (vgl. Literaturverzeichnis des Beitrags, S. 455–458). Sprachtheoretisch gesehen wird davon ausgegangen, dass im genannten Bereich der Sprache eine Wirklichkeit schaffende Bedeutung in besonderem Maße zukommt (S. 443). Mittels geeigneter Mehrebenenmodelle (Spieß bezieht sich auf Spitzmüller & Warnke 2011 und Spieß 2011), die sich der Analyse sprachlicher Phänomene wie Schlüsselwörtern, Metaphern, Argumentations- und Handlungsmustern und -strategien (S. 445) widmen, könnte sich den einschlägigen Diskursen genähert werden. Exemplarische Darstellungen bioethischer Diskurse erfolgen sukzessive anhand der Beispiele der Sterbehilfe und der humanen embryonalen Stammzellforschung. Der Beitrag mündet in ein Fazit, in dem festgehalten wird, dass die „diskurslinguistische Forschung hier erst am Anfang“ (S. 454) stehe und eine Einbeziehung von über den reinen Text hinausgehenden Zeichensystemen unbedingt notwendig sei. Man würde sich für die Zukunft wünschen, dass in diesem bisher kaum berücksichtigten Bereich mehr gearbeitet wird.

Ein Sachregister komplettiert den handwerklich ordentlichen Band. Dieser stellt mit den oben genannten Einschränkungen, die aber je nach eingenomme-

ner Perspektive anderen RezipientInnen weniger gewichtig erscheinen mögen, eine Bereicherung der Reihe *Handbücher Sprachwissen* dar.

Literatur

- Spieß, Constanze. 2011. *Diskurshandlungen. Theorie und Methode linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Spitzmüller, Jürgen & Ingo H. Warnke. 2011. *Diskurslinguistik. Eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse*. Berlin, Boston: De Gruyter.